



**Instituto Superior Miguel Torga**  
**Escola Superior De Altos Estudos**

Elisabete Silva Lopes



**Dissertação de Mestrado em Psicoterapia e Psicologia Clínica,  
apresentada ao I.S.M.T. e elaborada sob a orientação da Professora  
Doutora Maria de Fátima Esteves e co-orientação da Mestre Joana Sequeira.**

Coimbra

2009



**Instituto Superior Miguel Torga**  
**Escola Superior De Altos Estudos**

Elisabete Silva Lopes

**Relação Terapêutica**  
**Estudo sobre a Percepção dos Clientes**

**Dissertação de Mestrado em Psicoterapia e Psicologia Clínica,**  
**apresentada ao I.S.M.T. e elaborada sob a orientação da Professora**  
**Doutora Maria de Fátima Esteves e co-orientação da Mestre Joana Sequeira.**

Coimbra

2009

## **Agradecimentos**

Agradeço a todas as pessoas que directamente ou indirectamente contribuíram para a realização deste trabalho, porque sem elas tal não seria possível. A todas elas, o meu Muito Obrigada.

Os meus agradecimentos vão para:

A minha Orientadora, Mestre Joana Sequeira, pela disponibilidade que sempre demonstrou, pela orientação concedida e pelo apoio transmitido, no decorrer deste trabalho.

A Professora Doutora Fernanda Daniel, pela disponibilidade que mostrou quando eu mais precisei, que foi na parte mais prática deste trabalho, a reservada à análise estatística.

O Centro de Apoio a Toxicodependentes de Leiria, em nome da Doutora Cristina Barroso e das pessoas que trabalham directamente consigo, pelo auxílio prestado na recolha da amostra.

A Unidade de Intervenção Precoce da Maternidade Bissaya Barreto, em nome da Doutora Rita Pinheiro e da Doutora Cristina Vieira, pela ajuda concedida na recolha da amostra.

O Serviço de Psiquiatria Homens do Hospital da Universidade de Coimbra, em nome do Professor Doutor Pinto Gouveia e dos profissionais que com ele trabalham pela colaboração prestada na recolha da amostra.

A Professora Doutora Marina Cunha, para a Professora Doutora Ana Galhardo e para o Doutor José Carlos pela cooperação na recolha da amostra.

A Doutora Georgette Lima pelo acolhimento no seu consultório, pelo tempo dispendido a contactar os clientes e por todo o apoio prestado na recolha da amostra.

Todos os clientes que voluntariamente participaram nesta investigação, com o preenchimento dos questionários. Sem a sua participação este trabalho não teria sido concretizado.

Todos os meus familiares pelo apoio, disponibilidade, compreensão e ajuda e a todos aqueles que não nomeei, mas que contribuíram para a realização deste trabalho.

## Resumo

A Relação Terapêutica, de um modo geral e a Aliança Terapêutica, de um modo particular, são elementos fundamentais da psicoterapia e comuns às diferentes abordagens psicoterapêuticas.

Apesar dos estudos nacionais serem escassos, os estudos feitos além-fronteiras testemunham a existência de uma relação entre a relação terapêutica e os resultados da terapia, uma vez que esta tem sido considerada um elemento preditor de resultados, na medida em que a percepção dos clientes acerca da relação é aquela que prediz melhores resultados.

No presente estudo pretendemos compreender a Aliança Terapêutica, como uma das dimensões do processo terapêutico, segundo a percepção dos clientes, nas diferentes abordagens terapêuticas consideradas.

A amostra é constituída por 60 clientes de psicoterapia, com idade igual ou superior a 18 anos, de três distritos da zona centro do país.

A recolha da amostra foi efectuada através de um questionário construído por nós e de um questionário destinado a avaliar a aliança – Inventário da Aliança Terapêutica (Machado & Horvath, 1999).

A análise estatística dos resultados obtidos mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as abordagens psicoterapêuticas consideradas no estudo, quanto às Dimensões da Aliança Terapêutica.

**Palavras-chave:** Relação Terapêutica, Aliança Terapêutica, Modelos Terapêuticos, Percepção dos Clientes.

## **Abstract**

The Therapeutic Relationship in general and the Therapeutic Alliance in a particular way, are key elements of psychotherapy and common to different treatment approaches.

Although national studies are sparse, studies conducted across borders show that there is a relationship between the therapeutic relationship and the results of therapy, since it has been considered a key predictor of outcome, to the extent that the perception of customers about the relationship is one that predicts better results.

In the present study seeks to understand the Therapeutic Alliance, as one of the dimensions of the therapeutic process, as perceived by customers in different therapeutic approaches considered.

The sample consists of 60 psychotherapy clients, aged over 18 years in three districts of the central region of the country.

The collection of the sample was made through a questionnaire constructed by us and a questionnaire designed to assess the alliance - Therapeutic Alliance Inventory (Horvath & Machado, 1999).

Statistical analysis of results shows that there are no statistically significant differences between treatment approaches considered in the study, for the dimensions of the therapeutic alliance.

**Key words:** Therapeutic Relationship, Therapeutic Alliance, Therapeutic, Perception of Clients.

# Índice

## CAPÍTULO I

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1. Relação Terapêutica e Aliança Terapêutica .....	11
1.2. Relação Terapêutica no Modelo Psicodinâmico .....	20
1.3. Relação Terapêutica no Modelo Cognitivo-Comportamental .....	24
1.4. Relação Terapêutica no Modelo Sistémico .....	27
1.5. Estudos sobre a Relação Terapêutica.....	31
1.6. Estudo sobre a Eficácia dos Diferentes Modelos Psicoterapêuticos.....	35

## CAPÍTULO II

<b>2. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>39</b>
2.1. Método e Desenho do Estudo.....	39
2.2. Objectivos do Estudo .....	39
2.3. População/Amostra do Estudo.....	40
2.4. Procedimentos .....	44
2.5. Instrumentos .....	45
2.5.1. Estudo da Fidedignidade para o Inventário da Aliança Terapêutica.....	46
2.6. Resultados .....	47

## CAPÍTULO III

<b>3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>60</b>
<b>4. CONCLUSÃO .....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>72</b>

Questionários a serem preenchidos pelo Cliente

Pedido de Consentimento Informado aos Participantes do Estudo

Questionários a serem preenchidos pelo Terapeuta

Autorização concedida pelo Centro Hospitalar de Coimbra

## Lista das Tabelas

	Pág.
<b>Tabela 1</b> Caracterização da amostra (n=60) face à variável Sexo dos Clientes por Modelo Terapêutico e na totalidade	41
<b>Tabela 2</b> Caracterização da amostra (n=60) face à variável Idade dos Clientes por Modelo Terapêutico e na totalidade	41
<b>Tabela 3</b> Caracterização da amostra (n=60) face à variável Estado Civil dos Clientes por Modelo Terapêutico e na totalidade	42
<b>Tabela 4</b> Caracterização da amostra (n=60) face à variável Habilitações Literárias dos Clientes por Modelo Terapêutico e na totalidade	43
<b>Tabela 5</b> Caracterização da amostra (N=60) face à variável Situação Profissional dos Clientes por Modelo Terapêutico e na totalidade	43
<b>Tabela 6</b> Resultados do Estudo da Fidedignidade do Inventário da Aliança Terapêutica	46
<b>Tabela 7</b> Caracterização da amostra (n=60) face à variável Duração da Terapia, em meses, dos Clientes por Modelo Terapêutico e na totalidade	47
<b>Tabela 8</b> Caracterização da amostra (N=60) face à variável Frequência das Sessões por Modelo Terapêutico e na totalidade	48
<b>Tabela 9</b> Caracterização da amostra (n=60) face à variável Fase do Processo por Modelo Terapêutico e na totalidade	48
<b>Tabela 10</b> Caracterização da amostra (n=60) face à variável Opinião sobre o Caso, segundo os terapeutas, por Modelo Terapêutico e na totalidade	49

<b>Tabela 11</b>	Caracterização da amostra (n=60) face à variável Relação Terapêutica, segundo os terapeutas, por Modelo Terapêutico e na totalidade	49
<b>Tabela 12</b>	Caracterização do Modelo Psicanalítico segundo as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979)	50
<b>Tabela 13</b>	Caracterização do Modelo Cognitivo-Comportamental segundo as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979)	50
<b>Tabela 14</b>	Caracterização do Modelo Sistémico segundo as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979)	51
<b>Tabela 15</b>	Resultados do Teste da Normalidade de Shapiro-Wilk para os Modelos Terapêuticos, tendo em conta as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979)	52
<b>Tabela 16</b>	Resultados do Teste da Anova e do Teste Kurskal-Wallis para os Modelos Terapêuticos, tendo em conta as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979)	53
<b>Tabela 17</b>	Resultados do Teste da Normalidade de Shapiro-Wilk para o Sexo dos Clientes, tendo em conta as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), independentemente do Modelo Terapêutico	53
<b>Tabela 18</b>	Resultados do Teste de Mann-Whitney para o Sexo dos Clientes, tendo em conta as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), independentemente do Modelo Terapêutico	54



<b>Tabela 19</b>	Resultados do Teste da Normalidade de Shapiro-Wilk e o Teste do Kurskal-Wallis para a Fase do Processo Terapêutico, tendo em conta as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), independentemente do Modelo Terapêutico	55
<b>Tabela 20</b>	Resultados do Teste da Normalidade de Shapiro-Wilk e o Teste do Kurskal-Wallis para a Frequência das Sessões, tendo em conta as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), independentemente do Modelo Terapêutico	56
<b>Tabela 21</b>	Resultados da Correlação, através do Coeficiente de Rho de Spearman, entre as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), e a Duração da Terapia, independentemente do Modelo Terapêutico	57
<b>Tabela 22</b>	Resultados do Teste do Qui-Quadrado, face à variável Opinião sobre o Caso, segundo os terapeutas, tendo em conta o Modelo Terapêutico	57
<b>Tabela 23</b>	Resultados do Teste do Qui-Quadrado, face à variável Opinião sobre a Relação Terapêutica, segundo os terapeutas, tendo em conta o Modelo Terapêutico	58



## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Relação Terapêutica e Aliança Terapêutica

Apesar da definição da natureza e da função do relacionamento terapêutico ter se desenvolvido ao longo do tempo, a sua importância no encontro terapêutico tem permanecido inalterada. A aliança terapêutica diz respeito a um conceito que é central no processo psicoterapêutico (Marcolino & Iacoponi, 2001).

A aliança terapêutica é uma das poucas variáveis em psicoterapia para a qual existe uma certeza substancial quanto ao impacto positivo que tem no resultado do tratamento. Assim, é considerada como sendo um factor comum nas psicoterapias, na medida em que não se associa a um tipo especial de psicoterapia ou a um determinado quadro teórico (*Idem*).

Hovarth (2005) e Catty (2004) consideram que a relação estabelecida entre o terapeuta e o cliente tem ocupado um lugar de destaque nas teorias relacionadas com o processo terapêutico (Paixão & Nunes, 2008). Segundo Meissner (2006, *Idem*), a relação entre estes dois intervenientes tem assumido uma maior importância pelo papel que pode cumprir na terapia.

Horvath e Greenberg (1994, *in* Prado & Meyer, 2004) mostraram que a pesquisa na área da relação terapêutica declara resultados sólidos, sendo que estes, por sua vez, relacionam uma boa aliança terapêutica com resultados positivos na terapia. Embora o conceito tenha tido origem na teoria psicanalítica, tem-se vindo a generalizar a diferentes modelos teóricos e técnicos (Bachelor & Salamé, 2000; Martin, Garske & Davis, 2000, *in* Paixão & Nunes, 2008).

Um dos motivos que contribui para que este conceito se tenha tornado tão significativo deve-se ao facto de ser assumido que a qualidade da aliança estabelecida entre o terapeuta e o paciente está intimamente ligada com os resultados obtidos na psicoterapia (Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer & Gagnon, 1998; Horvath & Symonds, 1991; Summers & Barber, 2003; Hersoug, Monsen, Havik & Hoglend, 2002; Butler Center for Research, 2006; Martin, Garske & Davis, 2000, *Idem*).

De acordo com Horvath e Greenberg (1994, *cit in Idem*, p.64), a aliança terapêutica é definida como “o elo de ligação afectivo e colaborativo entre terapeuta e o paciente”, constituindo-se assim, como uma parte essencial de

qualquer processo psicoterapêutico, apesar do constructo variar em função dos diversos entendimentos teóricos e técnicos (Martin, Garske & Davis, 2000, *Idem*).

“Aliança de trabalho”, “aliança de ajuda”, “vínculo” ou “laço terapêutico” são os vários termos que podem ser usados para fazer referência à aliança terapêutica (Catty, 2004, *Idem*).

Wright e Davies (1994) concebem a relação terapêutica como estando associada às qualidades do paciente, às do terapeuta e à interacção entre ambos (Waddington, 2002, *in* Portela, Almeida, Seabra & Nunes, 2008).

Beck (1976) defende a necessidade da existência de uma boa relação terapêutica, considerando-a como uma parte primária da psicoterapia (Waddington, 2002, *Idem*).

A relação terapêutica remete-nos para o conceito de aliança terapêutica, sendo esta definida como uma forma particular de colaboração activa entre o terapeuta e o paciente. Assenta num contrato em que as responsabilidades e os papéis, quer do terapeuta, quer do paciente, se encontram bem definidos. Este elo significativo que une terapeuta e paciente pressupõe que se estabeleça entre ambos uma relação de confiança (Ceitlin & Cordioli, 1993, *in* Leal, 2005).

De acordo com Freud (1973, 1940), o termo de aliança terapêutica associa-se originalmente ao modelo Psicanalítico e significa que o paciente e o terapeuta têm de se aliar contra os sintomas do primeiro, com base no acordo analítico e, simultaneamente na exploração do paciente e na compreensão por parte do terapeuta (Katzow & Safran, 2007, *in* Portela *et al.*, 2008). Embora este termo tenha sido exclusivamente utilizado pela Psicanálise, a partir dos anos setenta, despertou interesse noutros estudiosos do campo da psicoterapia. Assim Smith, Glass e Miller (1980) relatam que passados trinta anos, este conceito tem sido acolhido por uma diversidade de escolas psicoterapêuticas com a finalidade de serem compreendidos os mecanismos implicados na mudança (Katzow & Safran, 2007, *Idem*).

Segundo Luborsky (1976), Ceitlin e Cordioli (1993), a aliança terapêutica vai-se fortalecendo à medida que o paciente e o terapeuta alcançam um entendimento comum sobre o que constitui o problema do paciente, a sua natureza e a estratégia a ser adoptada, de modo a removê-lo ou a modificá-lo. O estabelecimento da relação diz respeito ao período em que o terapeuta e o

paciente constroem o vínculo que serve de suporte à comunicação entre ambos. Corresponde a um período de conhecimento mútuo em que o terapeuta deve oferecer uma disponibilidade de tempo suficiente, de modo a que o paciente fale dos seus problemas o mais à vontade possível; deve oferecer uma atitude atenta em relação àquilo que está a ser relatado pelo paciente (escutar não significa ouvir, mas sim um trabalho activo de atenção, selecção e elaboração da informação trazida pelo paciente); deve ter o cuidado para não emitir qualquer tipo de juízo de valor; deve ter a capacidade para entender o pedido e deve ser cordial para responder às dúvidas e receios do paciente, inclusivamente aquelas que remetem para o trabalho terapêutico (Ceitlin & Cordioli, 1993, *in* Leal, 2005).

Deste modo, a aliança terapêutica funda a relação terapêutica como sendo um espaço de troca, de transferência e um espaço continente para os conteúdos transmitidos pelo paciente, possibilitando assim, uma posterior mudança (Veríssimo, 2007).

Figueiredo e *col.*, (2004) ao referirem Bondim (1980), consideram que a aliança terapêutica forma a essência que permite ao paciente aceitar e seguir o tratamento adequado. O estabelecimento de uma boa aliança terapêutica é crucial para o estabelecimento da relação terapêutica e para o posterior sucesso terapêutico (*Idem*).

Acolhendo a ideia de Holmes (2001), de que a relação terapêutica deverá tornar o paciente capaz de se sentir seguro com o terapeuta, esta passa a ser defendida pela maioria das terapias (Gilbert & Leahy, 2007, *in* Portela *et al.*, 2008). Considera-se que a ligação afectiva, o acordo consciente acerca dos objectivos e das tarefas e a história de ambos os intervenientes contribuam, quer para a qualidade da relação terapêutica, quer para a sua força. O terapeuta deverá ser capaz de adequar a terapia às necessidades e às características das pessoas que solicitam a sua ajuda (Gilbert & Leahy, 2007, *Idem*).

Relação terapêutica e mudança são ainda aspectos que parecem estar intimamente relacionados. Neste sentido, Greenson (1965) expressou a ideia de que a relação terapêutica é fulcral, no sentido em que torna possível que o cliente seja capaz de mudar (Gilbert & Leahy, 2007, *Idem*).

Segundo Davis (1991) e Stiles *et al.*, (1998), o terapeuta tem que se servir da sua sensibilidade e ser flexível com o objectivo de manter a relação terapêutica (Gilbert & Leahy, 2007, *Idem*).

Há autores que defendem que a aliança deve ser entendida como uma parte intrínseca de todo o processo de mudança, daí cada vez mais a relação terapêutica e os seus problemas mereçam especial destaque (Katzow & Safran, 2007, *Idem*).

Newman (2007), considera que um bom terapeuta é aquele que tem a capacidade de inspirar confiança, de conter os sentimentos (angústias, receios, preocupações), que mantém um comportamento interpessoal adequado e que não tem atitudes de punição e de rejeição face aos pacientes (*Idem*).

A relação terapêutica pode ser entendida como um vínculo que facilita a mudança psicológica. Sendo que através da empatia, da congruência, da presença genuína e da aceitação, os pacientes sentem-se seguros para poderem falar de si (Greenberg, 2007, *Idem*).

Criar um vínculo parece ser a tarefa mais importante nas primeiras sessões da terapia, pontuando de forma decisiva todo o tratamento. Ou seja, o clima emocional que se desenvolve entre o terapeuta e o paciente nas primeiras sessões é de extrema importância para o restante processo, devendo o terapeuta aceitar os conteúdos transmitidos pelo paciente de forma genuína, sem pôr em causa o que é expresso (Greenberg, 2007, *Idem*).

Para Rogers (1957), a empatia, a veracidade e o respeito positivo incondicional (Bachelor & Horvarth, 1999) são vistos como componentes da relação, bem como sujeitos à interpretação por parte do cliente (Waddington, 2002, *Idem*).

A empatia é definida como a capacidade que o terapeuta tem para compreender verdadeiramente os problemas e os sentimentos do paciente como se fossem seus e, ainda a capacidade que o terapeuta tem para comunicar isso ao paciente. Contudo, segundo Corey (1977) e Rogers (1975), sentir os problemas do paciente, significa situá-los no quadro referencial do próprio paciente, e não no quadro referencial do terapeuta. A empatia implica compreender o paciente como ele se sente naquele momento, como portador da sua personalidade e das suas vivências e como pessoa singular que é. A empatia

é diferente de simpatia. Simpatia prende-se com o que podemos sentir quando nos identificamos com algumas problemáticas do paciente, por serem parecidas com as nossas. A empatia vai além disso e tem uma forte influência no paciente, a partir do momento que este sente que realmente é compreendido por alguém (Guerra & Lima, 2005). Bohart, Elliot, Greenberg e Watson (2002), definem a empatia como sendo a capacidade do terapeuta de penetrar e de compreender, quer afectiva, quer cognitivamente o mundo do paciente (Gilbert & Leahy, 2007, *in* Portela *et al.*, 2008).

A capacidade empática, a consideração, o respeito, a valorização das forças e dos recursos do paciente, contribuem para que se possa criar um vínculo emocional seguro e de confiança, com vista a serem explorados determinados aspectos da vida dos pacientes (Greenberg, 2007, *Idem*).

Desta forma, para que o paciente se sinta acolhido no espaço da consulta é imprescindível a aceitação incondicional e a certeza de que foi compreendido por parte do terapeuta (Benjamin, 1996). A aceitação positiva incondicional refere-se à capacidade de aceitar o outro, tal como ele é, sem que este seja sujeito a juízos de valor. Assim, a pessoa pode identificar e construir as suas experiências, tal como as pensa, não abdicando das suas convicções, e sem ter de se preocupar em ser aceite pelo terapeuta (Capelo, 2000).

Segundo Reis e Brown (1999), o motivo do abandono da relação terapêutica e da terapia prende-se frequentemente, com a insatisfação da relação entre o terapeuta e o cliente e com a não conformidade acerca de aspectos relacionados com a terapia e com o relacionamento entre ambos (Gilbert & Leahy, 2007, *in* Portela *et al.*, 2008).

Gilbert & Leahy (2007), consideram que o que pode ameaçar a relação terapêutica são os comportamentos do terapeuta, os do cliente e os desafios que a própria relação implica (*Idem*).

Acontece, por vezes, que os terapeutas tenham sentimentos negativos relativamente aos seus pacientes, que apesar de não serem evidenciados, poderão ter impacto na aliança (Gelso & Carter, 1985; Safran *et al.*, 2002). Ainda em relação aos terapeutas, os pacientes salientam a presença de comportamentos intrusivos que têm consequências negativas na relação, de entre os quais se destacam: os valores defendidos pelo terapeuta, os seus comentários

inadequados, atitude crítica, rigidez e a postura culpabilizadora (Ackerman & Hilsenroth, 2001). Segundo alguns autores, os pacientes também costumam ocultar os seus sentimentos negativos, fazendo com que os terapeutas tenham dificuldade em identificar aquilo que os pacientes sentem (Gilbert & Leahy, 2007, *Idem*). Este tipo de comportamento é designado de resistência. Este conceito tem uma origem psicanalítica e diz respeito a um evitamento inconsciente do trabalho analítico (Bateman & Holmes, 1998).

A competência do terapeuta deve ser vista como algo que varia, sendo que a sua aptidão muda ao longo do tempo, consoante os pacientes e consoante as circunstâncias do tratamento (Kazantzis, 2003). Esta ideia vai ao encontro daquilo que é referido por Yeaton e Sechrest (1981), ou seja, um terapeuta para ser competente deve: seguir o quadro teórico que lhe serve de base; promover a construção de uma relação terapêutica segura; ter a capacidade de intervir correctamente para que possam ocorrer mudanças e ter a capacidade para perceber quando se deve ou não aplicar técnicas terapêuticas (Kazantzis, 2003, *in* Portela *et al.*, 2008).

A confiança e o suporte que é criado entre o terapeuta e o paciente, possibilita a este último partilhar factos penosos da sua experiência de vida (Greenberg, 2007). Os pacientes consideram ser importante o “calor” por parte do terapeuta e o seu envolvimento emocional, enquanto que os terapeutas valorizam a participação e a colaboração activa dos pacientes (Gilbert & Leahy, 2007, *Idem*).

Whitaker e Bumbery (1990, *in* Sand, 2005) enfatizam a psicoterapia como um encontro humano, logo a partir do momento em que os pacientes e os terapeutas começam a construir toda a situação terapêutica, eles são tanto autores, como protagonistas, uma vez que já têm narrativas de vida (Costa, 1994, *in* Magalhães, 1999). O que significa que não podemos descurar da situação terapêutica a personalidade, as suposições filosóficas e os preconceitos de ambos os intervenientes (Whitaker & Bumbery, 1990, *in* Sand, 2005). Deste modo, uma aliança terapêutica positiva permite que o terapeuta e o paciente constituam um todo, capaz de se influenciar mutuamente, de forma a co-construírem realidades alternativas, uma vez que cada um de nós contém um



mapa mundo que permite “construir aquilo que se percebe de modo a que possa ser percebido como realidade” (*cit in* Costa, 1994, p. 110).

Segundo Mahoney (1991), o terapeuta e o cliente podem actuar tendo como premissa de base, o facto de a vida não ser totalmente determinada, logo o paciente tem a capacidade para superar contrariedades através de comportamentos que assentem em esforços pró-activos (Magalhães, 1999).

Assim, segundo Luborsky (1976), existe um conjunto de comportamentos e de atitudes da responsabilidade do terapeuta que são cruciais para a construção da aliança terapêutica e, posterior relação terapêutica. Comportamentos esses que são: ser receptivo aos problemas e objectivos do paciente; mostrar entendimento e aceitação pelo paciente; ter atenção de modo a reconhecer quando o paciente faz progressos; acreditar e demonstrar que o paciente possui entendimento acerca de si próprio; considerar o trabalho terapêutico como uma tarefa conjunta entre o terapeuta e o paciente; fazer notar as experiências positivas da relação terapêutica, apoiar o paciente na utilização de defesas que se tornaram úteis e na manutenção de actividades construtivas (Leal, 2005).

O terapeuta tem como objectivo ajudar o paciente a alcançar a mudança. Contudo, cabe ao paciente decidir quando e como mudar. O terapeuta tem que ter uma postura adequada, que possibilite um espaço de confiança, onde o paciente se sinta aceite e respeitado. O respeito implica um interesse sincero e uma atenção genuína pelo paciente e por aquilo que ele transmite. Este deve ser sempre considerado como um agente activo de mudança, visto que a vontade de mudar é algo que tem que depender de si. Mas, para que isso seja possível é necessário que o terapeuta seja suficientemente contentor do mundo do paciente. O terapeuta deve agir como uma pessoa autêntica, não se comportando como detentor de poder, mas pondo a sua sabedoria à disposição do paciente, de modo a ajudá-lo (Benjamin, 1996).

O estabelecimento de uma relação de abertura e de diálogo é fundamental, uma vez que é necessário criar condições para uma relação aberta e honesta entre o paciente e o terapeuta, bem como definir o papel deste último, este que está ali para ouvir, valorizar a perspectiva transmitida e para proporcionar apoio na resolução do problema. Assim, o terapeuta tem ao seu dispor algumas estratégias, como a escuta empática, a pergunta aberta, a paráfrase ou a

clarificação, que facilitam a comunicação entre ambos. A primeira fase do estabelecimento da relação contempla uma avaliação cuidadosa que engloba a identificação das competências de adaptação e das áreas de preocupação ou perturbação. Seguidamente, é através desta avaliação que ocorre uma definição conjunta dos objectivos da intervenção (Barros, 1999).

O *setting*, definido como o ambiente físico no qual decorre a entrevista e onde se juntam as constantes tempo e lugar, o papel do terapeuta e do paciente e os objectivos a alcançar (Etchegoyen, 1987); o espaço onde decorre a entrevista, descrito por Etchegoyen (1987) e Langs (1984) como sendo uma sala insonorizada, com mobiliário confortável, de cores neutras e não demasiado personalizado; o tempo (considera-se que 50 minutos seja o tempo óptimo que permite ao terapeuta e ao paciente estar com bons níveis de atenção e de concentração); o pedido (desejável que seja feito pelo próprio) e os aspectos relacionados com a marcação da primeira entrevista, correspondem a condições externas consideradas como facilitadoras da relação entre o paciente e o terapeuta (Leal, 2004).

Luborsky (1985, 2000) identificou dois tipos de aliança terapêutica: a aliança terapêutica de tipo 1 e a aliança terapêutica de tipo 2. A primeira manifesta-se no início da psicoterapia, representando uma relação de ajuda, assente na forma como o paciente percebe o terapeuta como útil e capaz de suportar. A segunda verifica-se nas últimas fases da psicoterapia, representando, também, uma relação de ajuda, baseada no trabalho conjunto e numa luta partilhada por ambos os intervenientes contra aquilo que está a incapacitar o paciente (Luborsky, 1994). Considera-se então, a aliança como sendo uma entidade não estática, mas sim dinâmica e reactiva em relação às diversas fases da terapia (Horvath & Luborsky, 1993, *in* Paixão & Nunes, 2008).

Bordin (1979, 1994), conceptualizou um modo de ver a aliança terapêutica através do Modelo Pan-teórico que criou para a mesma. O referido modelo apela para uma mútua colaboração e negociação entre o terapeuta e o cliente (Horvath & Luborsky, 1993, *in* Ramos, 2008). Bordin (1979, 1994) defende que a aliança de trabalho estabelecida entre o terapeuta e o cliente é uma condição comum e transversal a todas as formas de terapia. Mesmo que a aliança não seja curativa em si mesma é tida como um ingrediente essencial da aceitação e implicação do

paciente no tratamento (Paixão & Nunes, 2008). Em 1979, relata que a aliança terapêutica incide sobre três aspectos considerados importantes para o processo psicoterapêutico: vínculo estabelecido entre o terapeuta e o paciente; acordo existente entre ambos face aos objectivos/metast da terapia e a forma de os alcançar, ou seja, as tarefas (Sprenkle & Blow, 2004).

Os Vínculos fazem parte do relacionamento interpessoal, referindo-se à ligação afectiva, e tudo o que lhe está subjacente, entre o terapeuta e o cliente (Ramos, 2008).

Os Objectivos encontram-se relacionados com os resultados esperados, quer pelo terapeuta, quer pelo cliente. Os objectivos assumem um peso e um significado diferente de acordo com os diferentes formatos psicoterapêuticos. A negociação em torno dos mesmos é essencial, quer para a construção de uma aliança sólida, quer para o sucesso do processo terapêutico, o que implica a colaboração entre o terapeuta e o cliente na escolha e construção dos objectivos, escolha esta que influencia de forma positiva o resultado do processo terapêutico (*Idem*).

As Tarefas são as actividades que permitem a concretização dos objectivos traçados. Torna-se também importante o consenso de ambos face às mesmas. Apesar dos objectivos e das tarefas estarem estritamente associados, os objectivos estão relacionados com o que se quer fazer com a terapia, enquanto que as tarefas dizem respeito ao que se tem de fazer para concretizar os objectivos (*Idem*).

Este panorama de aliança coloca o paciente e o terapeuta como colaboradores activos, ao mesmo tempo que enfatiza a importância da adaptação entre ambos (Marcolino & Iacoponi, 2001).

Deste modo, a relação terapêutica tem ressonância na escolha da tarefa, no comprometimento com a mesma e nos objectivos da terapia (Gilbert & Leahy, 2007, *in* Portela *et al.*, 2008). As tarefas consistem em actividades específicas, onde o paciente deve participar para ter benefício do tratamento. O vínculo estabelecido entre o cliente e o terapeuta consiste na qualidade afectiva da relação entre ambos e as metas da terapia correspondem a objectivos gerais para o qual a terapia se direcciona. Desta forma, as tarefas, os objectivos e os laços

vinculativos da relação terapêutica influenciam-se mutuamente (Safran & Muran, 2000).

Depois de fazer referência às diversas opiniões tidas por vários autores acerca da relação terapêutica e da aliança terapêutica, assume-se que não serão tratadas separadamente, mas sim em associação, na medida em que em determinados momentos não se sabe quando termina a aliança para se poder falar em relação terapêutica. Para além de ambas contribuírem para o sucesso da intervenção.

De seguida serão enumerados, de forma breve, os principais instrumentos utilizados na investigação empírica que permitem avaliar a relação terapêutica. São eles, o *Relationship Inventory* (RI), *Escala de Vanderbilt* (VPPS e VTAS), *Counselor Rating Scale* (CRS), *Penn Helping Alliance Questionnaire* (HAq), *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS), *Agnew Relationship Measure* (ARM), *Working Alliance Inventory* (WAI), este o escolhido para o presente estudo (Ramos, 2008; Elvins & Green, 2008).

## **1.2. Relação Terapêutica no Modelo Psicodinâmico**

Freud foi o primeiro autor a pensar que a relação estabelecida entre o terapeuta e o paciente é essencial no processo terapêutico, apelidando-a de transferência positiva (Portela *et al.*, 2008).

O conceito de aliança terapêutica, que tem subjacente a noção de relação terapêutica tem, assim, a sua origem com Freud, na altura em que este fez referência à perspectiva do paciente como colaborador, capaz de se encarar a si mesmo (Freud, 1895/1969). Mais tarde, em 1912, através da noção da transferência positiva, Freud destacou a importância da transferência de sentimentos afectivos para com o “médico”, como forma de sucesso do tratamento. Contudo, nos seus últimos documentos, Freud modifica esta sua abordagem, na medida em que passou a incluir a possibilidade de, na relação analítica entre o analista e o paciente, o primeiro venha a unir-se ao ego debilitado do segundo, tendo em conta a realidade externa (Freud, 1940/1969). Este acordo analítico advém das ideias defendidas por Sterba (1934), ao fazer referência à possibilidade da parte saudável, racional e madura do ego do

paciente, ter a capacidade de estabelecer uma aliança com o analista, apoiada na realidade (Marcolino & Iacoponi, 2003; Meissner, 1999, *in* Paixão & Nunes, 2008).

Ao longo de todo o processo psicoterapêutico, o ego do paciente sofre uma dissociação que é necessária e não patológica, numa divisão que contem a experiência e está compelida no processo em si e, numa outra que é considerada como observadora, capaz de examinar o padrão de associações livres (Saketopoulou, 1999; Sterba, 1934), passando assim, a aliança terapêutica a ser vista “como uma função da actividade do ego” (Meissner, 1999, *cit in Idem*, p.64; Cordioli, 1998).

Segundo Freud, torna-se fundamental que o analista mantenha uma postura de interesse genuíno e de compreensão empática face ao paciente, com o intuito de que a parte saudável do seu ego conseguisse formar uma ligação positiva e colaborativa com o analista. Deste modo, considerou esta ligação como sendo uma transferência benéfica, pensando no relacionamento entre o paciente e o analista como uma força para o primeiro acreditar nas comunicações do segundo (Marcolino & Iacoponi, 2001).

Nos últimos trabalhos que realizou, “Freud incluiu a possibilidade de uma ligação baseada na realidade entre terapeuta e paciente” (*cit in Idem*, p.89). Considerando que “o analista e a parte frágil do ego do paciente, ambos baseados no mundo externo, têm de se associar. Este pacto constitui-se na situação analítica” (*cit in Idem*, p.89).

Em relação ao conceito de contratransferência, Freud (1910) “vê nela o resultado “da influência do doente sobre os sentimentos inconscientes do médico”” (*cit in* Dias, 1983, p. 52). Se num primeiro momento a conceptualizou como sendo um obstáculo, talvez pela sua capacidade de perturbar a relação terapêutica, num segundo momento definiu-a, “como um veículo indispensável ao trabalho analítico” (*cit in Idem*, p. 53).

O termo específico de “aliança terapêutica” deve-se a Zetzel (1956), quando diferenciou as formulações dos analistas apelidados de “Clássicos” dos da “Escola Britânica das Relações de Objecto”, no que respeita ao fenómeno da transferência. Para os “Clássicos” a aliança era vista como um pré-requisito para a análise da neurose de transferência, enquanto que os da “Escola Britânica das Relações de Objecto” deram maior importância ao papel da fantasia inconsciente,

certificando-se que todas as formas de comunicação entre o terapeuta e o paciente são revelações transferenciais e contratransferenciais (Catty, 2004, *in* Paixão & Nunes, 2008).

Conforme refere Gaston (1990), Zetzel conceptualizou este termo como sendo um fenómeno proveniente da vinculação e da identificação do paciente com o analista, sendo que, por sua vez, resultaria dos aspectos positivos provenientes da relação mãe-criança (Henry & Strupp, 1994, *Idem*).

Segundo a opinião de Lawson e Brossart (2003), “a relação dos pacientes com os seus pais tende a predizer a natureza da aliança com o terapeuta” (*cit in* Gabbard, 2006, p. 89).

Meissner (1999, p.12), refere que para Zetzel “A aliança apela ao funcionamento de um ego mais maduro e autónomo, para preservar a relação de objecto real com o analista, face às distorções transferenciais que compõem a neurose de transferência” (*cit in* Paixão & Nunes, 2008, p.64).

Zetzel salientou o termo aliança terapêutica (*therapeutic alliance*), esclarecendo algumas diferenças entre transferência e aliança, indicando que a parte não neurótica do relacionamento entre o paciente e o terapeuta permite ao primeiro usar a interpretação do terapeuta para compreender as diferenças entre as reminiscências do passado e a ligação real entre si próprio e o terapeuta. Defende que, numa psicoterapia, o paciente flutua entre períodos em que o relacionamento, entre os intervenientes do processo psicoterapêutico, é dominado pela transferência e períodos em que predomina a aliança de trabalho. Ultimamente, existem outros autores que enfatizam a distinção entre aliança e transferência, referindo que o termo aliança corresponde aos aspectos colaborativos conscientes da relação, baseados num acordo racional entre ambos os intervenientes (Marcolino & Iacoponi, 2001).

Sterba incrementou a noção de aliança do ego (*ego alliance*), salientando que uma parte ilesa, saudável ou racional do ego do paciente forma uma combinação consciente com o terapeuta (*Idem*).

Em relação à colaboração entre o psicoterapeuta e o paciente, tendo em conta a realidade, Greenson (1965) definiu o termo “aliança de trabalho” (*working alliance*) como sendo a relação racional, mais ou menos apropriada, que o paciente tem com o seu analista. Deste modo, Greenson assinalou a diferença

entre três conceitos: transferência, aliança de trabalho e relacionamento real. Para si, as reacções transferenciais são tidas como irrealistas e inapropriadas, mas sentidas, ao contrário da aliança que é “realista” e apropriada, porém não passa de um artefacto da condição do tratamento. Já o relacionamento real compreende as partes autênticas do encontro que se dá entre o paciente e o terapeuta (Paixão & Nunes, 2008). A aliança de trabalho corresponde àquilo que é “feito para possibilitar ao paciente aceitar e seguir o tratamento verdadeiramente” (*cit in* Marcolino & Iacoponi, 2001, p.89). Este tipo de aliança está relacionado com a capacidade de colaboração do paciente com o terapeuta, devido ao facto de este ser percebido como alguém capaz de lhe proporcionar auxílio e segurança (Lawson & Brossart, 2003, *in* Gabbard, 2006).

Jørgensen (2004), refere que existem elementos reais, advindos do relacionamento entre o terapeuta e o paciente, que assumem um lugar de relevo, na medida em que são considerados importantes para induzir “mudanças” (Paixão & Nunes, 2008).

A essência desta relação “seria formada pela motivação do paciente para superar a doença, pela disposição consciente e racional para cooperar e pela capacidade em seguir as instruções e os *insights* do analista” (Meissner, 1999, *cit in Idem*, p.65).

Luborsky (1985, 2000) designou a aliança terapêutica de aliança de ajuda (*helping alliance*), ao mesmo tempo que procurou realçar que “a força da aliança de ajuda varia com o tempo, especialmente com o aumento da transferência, o que pode, no entanto, ser minimizado ou controlado pelas intervenções do terapeuta” (Luborsky, 2000, p.18, *cit in Idem*, p.65).

Deste modo, a aliança terapêutica é definida como uma construção mútua entre o terapeuta e o paciente (Summers & Barber, 2003), em que os objectivos são partilhados, em que há o reconhecimento das tarefas inerentes ao processo de relação e vínculos que ligam as duas pessoas que se encontram implicadas no processo terapêutico (Catty, 2004; Martin, Garske & Davis, 2000, *Idem*).

Meissner (1999), considera que Luborsky e os seus colaboradores são considerados responsáveis pela documentação que realça o papel fulcral da aliança na psicoterapia, provando que esta pode ser preditiva dos resultados em diversas formas de psicoterapia de longa duração (*Idem*).

### 1.3. Relação Terapêutica no Modelo Cognitivo-Comportamental

Os terapeutas da vertente comportamental têm, cada vez mais, elaborado trabalhos sobre a relação terapêutica (Prado & Meyer, 2004).

Beck, Show, Rush e Emery (1979), afirmam que na terapia cognitiva só a relação terapêutica não é suficiente para originar a mudança (Waddington, 2002). Este facto é comprovado pela literatura (e.g. Bachelor & Horvarth, 1999; Newman, 1998; Safran & Segal, 1990; Wrigth & Davis, 1994), na medida em que só a partir da última década é que a terapia cognitiva passou a eleger uma maior atenção à relação terapêutica (Waddington, 2002, *in*, Portela *et al.*, 2008).

Os terapeutas cognitivo-comportamentais encaram uma relação positiva como sendo necessária para que possa ocorrer uma mudança. Contudo, consideram que não é suficiente para que tal possa acontecer. Por outro lado, há autores (Safran & Segal, 1990; Whisman, 1993), que sustentam a ideia de que os processos interpessoais, isto é, a relação entre o terapeuta e o paciente são relevantes na promoção da mudança (Gilbert & Leahy, 2007). Porém, esquecem-se de tecer comentários relativos àquilo que ambos os personagens acarretam das suas experiências das relações antigas para a relação (Gilbert & Leahy, 2007, *Idem*). Considera-se que uma boa aliança terapêutica é um pré-requisito para incrementar a mudança. Porém, ainda não é entendida como sendo inerente a todo este processo (Safran & McMain, 1992, *in* Cunha 1996).

Cunha (1996), refere que as intervenções do terapeuta não estão isoladas e que só adquirem significado no contexto da relação terapêutica.

De acordo, com Garfield (1974) e, com Arnkoff, Glass e Shapiro (2002), é importante no início da terapia focar o paciente para a mesma, sendo que para isso torna-se necessário adequar as expectativas do paciente sobre a terapia, no que respeita ao papel de ambos os intervenientes, como dos resultados a alcançar (Gilbert & Leahy, 2007, *in*, Portela *et al.*, 2008).

A investigação tem distinguido factores específicos e factores não específicos. Os primeiros correspondem aos factores técnicos próprios de cada terapia, enquanto que os segundos dizem respeito aos aspectos gerais das diferentes terapias. O que se tem verificado em relação à Terapia Cognitivo-Comportamental é que os factores não específicos, como por exemplo a aliança,



tem aparecido separada da técnica, sendo esta a principal responsável pela mudança, o que leva a que se dê pouco interesse à aliança terapêutica. Todavia muitos terapeutas cognitivo-comportamentais enfatizam-na como uma componente intrínseca do tratamento, que usada juntamente com a técnica produz a mudança (Katzow & Safran, 2007, *Idem*).

Deste modo, a Terapia Cognitivo-Comportamental tem valorizado o facto de se criar uma forte relação colaborativa entre os intervenientes, onde o terapeuta desempenha um papel activo. Sendo que Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), consideram que os terapeutas devem ter uma postura calorosa, empática, aberta para que se possa estabelecer uma relação terapêutica forte e segura, para que ambos possam colaborar, no sentido de incrementar objectivos terapêuticos e tarefas para os atingir (Katzow & Safran, 2007, *Idem*).

Presentemente, a relação terapêutica adquire um lugar de relevo junto dos terapeutas comportamentais, chegando estes a um consenso quanto à sua importância. Todavia consideram existir diferenças quanto ao papel por ela desempenhado ao longo do processo terapêutico (Prado & Meyer, 2004).

Raue e Goldfried (1994), consideram que há autores que defendem o vínculo terapêutico estabelecido entre o terapeuta e o paciente como sendo uma via para facilitar aspectos relevantes que se encontram subjacentes ao processo de mudança, para ampliar o valor reforçador do terapeuta, levando-o a um maior envolvimento na terapia e a modelar comportamentos apropriados, fomentando assim, expectativas positivas e soluções para lidar com as resistências do paciente (*Idem*).

Seguindo o mesmo raciocínio, Rangé (1995) assegura que a relação terapêutica poderá exercer uma influência positiva desde que o terapeuta tenha uma participação permanente no tratamento, visto que, tendo-se desenvolvido uma relação terapêutica positiva, o cliente sente-se bastante confortável para proporcionar todo um conjunto de informações tidas como imprescindíveis para a terapia (Lettner, 1995, *Idem*).

Também para Shinohara (2000), a relação terapêutica é vista como sendo um factor determinante de todo o processo terapêutico, na medida em que pode facilitar o trabalho psicoterapêutico e a possibilidade de atingir fins, caso se estabeleça num clima baseado na confiança e no acordo harmonioso (*Idem*).

Há autores que sustentam a ideia de que o relacionamento que ocorre na terapia é o principal mecanismo responsável pela mudança do cliente. Sendo a relação terapêutica apenas uma oportunidade para que o cliente verbalize comportamentos que lhe têm acarretado problemas e a partir da interação com o terapeuta, aprenda a responder às situações de forma mais adequada (Follette, Naugle & Callaghan, 1996; Kohlenberg & Tsai, 2001; Rosenfarb, 1992, *Idem*).

Na literatura sobre a terapia comportamental há consenso quanto à presença e à utilidade da relação terapêutica, apesar de esta tender a ser vista por alguns como sendo secundária às técnicas consideradas centrais no processo de mudança. Contudo, esta não é opinião dos clientes da terapia comportamental, que descrevem o vínculo terapêutico como tendo um peso maior na sua melhoria, (Raue & Goldfried, 1994, *Idem*).

Segundo Luborsky (1994) a visão do cliente prediz melhor os resultados da terapia do que a visão do terapeuta. Defendendo que o comportamento do terapeuta está intimamente ligado com a facilitação do vínculo (*Idem*).

Garfield (1995), considera que a formação do vínculo criada no início da terapia é importante quer para a continuidade da psicoterapia, quer para os resultados da mesma (*Idem*).

Uma aliança terapêutica tida como positiva é uma condição indispensável no tratamento, mas não considerada suficiente para o sucesso das Terapias Cognitivo-Comportamentais (Cottraux & Matos, 2007).

A aliança terapêutica refere-se aos aspectos mais racionais da relação terapêutica, contrastando com elementos transferenciais, logo menos racionais (*Idem*).

A relação terapêutica na terapia cognitiva é definida por Alford e Beck (1997), como sendo uma relação de colaboração empírica, semelhante à de dois investigadores que trabalham juntos sobre um mesmo problema. Colaboração, essa, que favorece à aprendizagem que, por sua vez, está ligada quer à relação terapêutica, quer às mudanças cognitivas do sujeito. Todavia, a mudança em terapia é, principalmente, devida às capacidades do paciente e não unicamente à relação terapêutica. Essa mudança tem de se generalizar a outros contextos da vida do paciente, para além do contexto terapêutico, devendo manter-se para além do fim da terapia. Há autores que aconselham dar o crédito da cura ao

paciente propriamente dito, sem exagerar a importância do terapeuta, sendo este entendido como um catalisador (*Idem*). Apesar de tudo, não nos podemos esquecer que a psicoterapia é, em primeiro que tudo, constituída por uma relação e que tudo o que dela resultar é fruto da interacção entre o terapeuta e o cliente (Messias, 2002).

É da responsabilidade do terapeuta tornar-se o catalisador do potencial do cliente na busca pela sua saúde e pelo seu crescimento psicológico, criando assim o ambiente propício para que tal aconteça (Rogers, 1957; Bohart & Tallman, 1996, *Idem*).

De acordo com Cury (1993), o alcance da mudança não é exclusivo de um ou de outro, mas de ambos os participantes da relação. É importante conquistar o poder pessoal do cliente e evocar o seu papel activo na relação (Rogers, 1977). Quanto mais competente for o terapeuta a responder à vivência do paciente, maior será a sensação deste, de estar a ser compreendido. Isto implica estar com o cliente num espaço que lhe permita avançar para onde o paciente nunca foi capaz de chegar sozinho, ou seja, para uma parte do seu “eu” que até então lhe era desconhecida (*Idem*).

O principal princípio da Terapia Cognitivo-Comportamental é que a mudança depende da modificação das crenças irracionais, sendo esta a base para a mudança comportamental, cognitiva e emocional (Guidano, 1995). Deste modo, o terapeuta é visto como um guia, ocorrendo apenas a comunicação no sentido do terapeuta-cliente (Gonçalves, 1996, *in* Magalhães, 1999).

Os terapeutas cognitivo-comportamentais pretendem ajudar os pacientes na procura de alívio para o seu sofrimento psicológico, ao mesmo tempo que os apetrecham de competências comportamentais, cognitivas e emocionais para responderem às diversas situações (Newman, 2007, *in* Portela *et al.*, 2008).

#### **1.4. Relação Terapêutica no Modelo Sistémico**

A relação terapêutica no Modelo Sistémico assume contornos específicos e singulares, na medida em que se estabelece com o sistema. Quando nos referimos ao sistema, este pode ser uma família, um casal ou um indivíduo. Tradicionalmente, o Modelo Sistémico tem sido mais utilizado no trabalho com

famílias e casais e é neste âmbito que a reflexão sob os contornos da relação terapêutica tem sido equacionada.

O terapeuta faz parte do processo psicoterapêutico, no qual ele próprio se vai transformando. Deste modo, envolvido no sistema terapêutico, vale-se de si próprio, não como sendo um regulador homeostático, com o intuito de diminuir as amplificações e os desvios relativos aos princípios já existentes, mas como um agente capaz de activar mudanças no sistema, servindo-se das perturbações deste para atingir um novo equilíbrio. Assim, cada terapeuta tem uma representação peculiar da forma como actuará (Relvas, 2000).

De acordo com o que foi referido, o terapeuta não é um detentor do poder, nem um mero espectador neutro e isolado do sistema que reclama ajuda. O sistema terapêutico que provém de uma acoplagem entre terapeuta(s), no caso da co-terapia, e pacientes emprega no processo terapêutico a perturbação do sistema de forma inesperada, tendo em conta a sua autonomia organizacional (*Idem*). Através desta acoplagem, “não é só o papel do terapeuta que muda, mas também o do cliente que tem agora um papel activo e um outro poder no seu próprio tratamento” (*cit in Idem*, p. 28).

Elkaïm (1985) sustenta que o terapeuta ao unir as suas singularidades às do cliente constitui o que é apelidado de acoplagem terapêutica e é, através desta que é capaz de estimular as capacidades auto-organizativas do sistema, com o intuito de superar a rigidez e alcançar a coerência perdida (Bénoit *et al.*, 1988, *in* Magalhães, 1999).

As histórias que são trazidas, quer pela família, quer pelo terapeuta, são singulares, o que significa que cada encontro psicoterapêutico é considerado como idiossincrático (Carlsen, 1997; Sluzki, 1992; Mahoney, 1997c, *Idem*).

Segundo Relvas (2000), o processo psicoterapêutico pode ser definido “como a psicoterapia de um sistema natural, a família, utilizando como técnica base a entrevista interpessoal conjunta” (p. 29). O que significa que a família e o terapeuta formam o sistema psicoterapêutico, através de uma acoplagem em que cada um conserva de forma intacta a sua organização e autonomia. Assim, a psicoterapia vai-se desenvolvendo através da execução de distintas entrevistas com os elementos que constituem a família, considerados pelo terapeuta como sendo relevantes no contexto em que emerge o sintoma. Isto implica que o

terapeuta trabalhe apenas com um único indivíduo, com um ou mais subsistemas, com todos os membros que fazem parte do agregado familiar ou mesmo solicitar a presença de pessoas exteriores à família (*Idem*). Assim sendo, o terapeuta estabelece uma relação terapêutica com cada membro da família, com os subsistemas existentes na família e com a família como um todo (Blow & Sprenkle, 2001).

Conforme refere Andolfi (1980), o terapeuta é visto como um “encenador do drama familiar”, na medida em que, em conjunto com os clientes e tendo em conta o seu potencial para mudar, vai reorganizando o “guião” que esta lhe expõe, em relação ao que tem vivido, de uma maneira diferente devido ao seu envolvimento como um novo elemento participante. Nesta perspectiva, o terapeuta tem um papel activo, visto que age, comporta-se e manifesta-se, adoptando algumas vezes um papel de líder, com o objectivo de conduzir a família a mover-se num ou noutro sentido. Porém, não tenciona impor à família a sua própria realidade. O que implica que se deva falar de uma terapia realizada com a família e não de uma terapia da família (Relvas, 2000).

O Dicionário de Terapias Familiares Sistémicas refere que o papel do terapeuta familiar por “tentar oferecer aos clientes uma visão da situação que vivem, de maneira que lhes possam surgir novas alternativas e, através de intervenções aparentemente redutoras, permitir ao sistema terapêutico alargar o seu campo do possível” (Benoit *et al.*, 1988, p.511, *cit in Idem*, p.30).

O terapeuta, entendido como agente da mudança, proporciona a amplificação das flutuações do sistema, com a finalidade de que este, através da reorganização, possa evoluir para um outro nível de estabilidade. O terapeuta terá sempre que se implicar, com o auxílio da sua experiência de vida no processo psicoterapêutico (*Idem*).

Minuchin refere em relação à espontaneidade terapêutica que “o terapeuta é aquele que foi treinado para utilizar diferentes aspectos do *self*, em diferentes contextos sociais. (...) A espontaneidade do terapeuta é constrangida pelo contexto terapêutico. (...) As suas acções, apesar de reguladas pelos objectivos da terapia, são produto da sua relação com o cliente família” (Minuchin & Fishman, 1981, pp.2-3, *cit in Idem*, p.31).

Neimeyer (1993), considera a atmosfera onde assenta toda a intervenção mais exploratória, do que meramente directiva, sendo a postura do terapeuta mais pessoal e ponderada, do que persuasível e tecnicamente instrutiva, para além de se focar nos processos familiares e sistémicos que corroboram as construções individuais dos pacientes (Feixas, 1997), ocorrendo, desta forma, uma mudança de segunda ou de terceira ordem (Lyddon, 1990), o que torna a mudança terapêutica consequência da totalidade do processo terapêutico (Sluzki, 1992). É neste contexto que a relação terapêutica, ao proporcionar um porto seguro, dá a possibilidade ao cliente de investigar, num campo todo ele vasto, as muitas possibilidades de crescimento (Mahoney, 1997c, *in* Magalhães, 1999).

Efran, Lukens e Lukens (1990), defendem que a função do terapeuta recai sobre a explicação e o desafio de todas as convenções sustentadas pela linguagem e consolidam as relações disfuncionais entre os membros do sistema familiar (Neimeyer, 1997b, *Idem*).

De acordo com Gonçalves (1992), “a um nível sincrónico dos comportamentos expressos pelo cliente e pelo terapeuta no aqui e no agora, correlaciona-se um nível diacrónico das histórias de cada um dos intervenientes no processo psicoterapêutico e dos seus significados” (*cit in Idem*, 1999, p. 103).

Onnis (1991), defende que “o terapeuta começa a fazer parte do sistema que observa no momento em que o começa a observar e, inclusivamente, constata-se que não o poderia conhecer se não fizesse parte dele” (*cit in Idem*, p. 104). Para isso o terapeuta não se pode posicionar no espaço psicoterapêutico como detentor da verdade absoluta, nem ter a intenção de controlar tudo aquilo que acontece nesse espaço privilegiado. Remetendo ao mesmo autor (*Idem*), o papel do terapeuta é o de inserir no sistema novos elementos de maior complexidade e o de adicionar diferentes possibilidades de escolha, com o propósito de atingir a mudança. Contudo, cabe apenas ao terapeuta criar oportunidades com vista à mudança, uma vez que essa é o produto do processo terapêutico no seu todo (Sluzki, 1992). Assim, o sistema e o terapeuta através da acoplagem vão descobrindo novas explicações e novas relações para o problema enumerado, ligando-o a diversos contextos (Onnis, 1991, *Idem*).

Deste modo, a relação psicoterapêutica pode originar a mudança, sendo que para isso tem que ter a capacidade de perturbar a auto-organização do

sistema, mas ao mesmo tempo contribuir para que este se organize novamente (Ugazio, 1991, *Idem*).

A partir do momento em que a relação terapêutica é entendida como o contexto onde se trabalha, em que o sistema psicoterapêutico e os elementos que dele fazem parte sejam percebidos como entidades únicas, capazes de se auto-organizarem, em que o processo psicoterapêutico seja compreendido como singular, em que as técnicas usadas sejam adequadas ao sistema psicoterapêutico (Mahoney, 1997c), possibilitando uma nova construção de significados, levando, por sua vez, a novas formas de conhecimento (Parry & Doan, 1994), todas as técnicas são aceites (Neimeyer, 1997). Todavia, a mudança resulta mais do significado, que a utilização da técnica adquire no processo psicoterapêutico, do que apenas da utilização da técnica em si (Mahoney, 1991, *Idem*).

### **1.5. Estudos sobre a Relação Terapêutica**

As diversas pesquisas realizadas acerca da aliança terapêutica comprovaram a sua influência quer no processo terapêutico, quer nos resultados do mesmo. Sendo que muitas delas expõem a força da aliança terapêutica como uma condição predominante numa vasta gama de terapias (Gabbard, 2006). Os mesmos estudos evidenciam que “a natureza da aliança terapêutica na fase inicial da psicoterapia” é provavelmente aquilo que “melhor prediz o resultado da terapia” (*cit in Idem*, p.89).

A relação terapêutica tem surgido como estando associada aos resultados do tratamento no Modelo Cognitivo-Comportamental, verificando-se correlações que se situam entre os 0.21 e os 0.29, sendo esta associação mais alta do que aquela que se analisa entre as técnicas de uma terapia específica e os resultados. Também se conclui que as avaliações feitas pelos clientes relativas à relação sejam mais preditivas de resultados do que aquelas que são feitas pelo terapeuta ou pelo observador. Para além deste facto, avaliar a relação terapêutica prematuramente, prediz melhores resultados, do que a avaliar mais tarde. Assim, conclui-se que uma boa aliança terapêutica possa constituir um bom resultado, ao invés do inverso (Gilbert & Leahy, 2007, *in* Portela *et al.*, 2008).

Martin, Garske e Davis (2000), sustentam que um desenvolvimento prematuro de uma boa relação entre os protagonistas é preditiva de melhores resultados, para além de ajudar o paciente a permanecer na terapia (Gilbert & Leahy, 2007). Deste modo, Muran, Gorman, Safran e Twining (1995) estudaram um grupo de 53 pacientes, com depressão e ansiedade, em 20 sessões de terapia cognitiva, onde constataram que a qualidade da relação terapêutica e da mudança cognitiva é preditiva de resultados, no início da terapia (Waddington, 2002, *Idem*).

Tem-se verificado que o compromisso com a terapia implica um acordo precoce face aos objectivos da mesma, o que se encontra associado aos resultados da terapia (Gilbert & Leahy, 2007, *Idem*).

DeRubeis e Feeley (1990) ao analisarem 25 pacientes com depressão, submetidos a 12 sessões de terapia, verificaram que o uso das técnicas derivadas da terapia predizem resultados, enquanto que a relação terapêutica não. No entanto, diversos estudos sustentam a ideia de que a relação terapêutica tem mais impacto nos resultados do que a sua associação com as técnicas, o que vai ao encontro do que é referido por Burns e NolenHoeksema (1992), que defendem que os pacientes que usufruíam de terapias mais afectivas e empáticas tinham melhores resultados (Waddington, 2002, *Idem*).

Um estudo que examinou dados do Instituto Nacional de Saúde Mental pertencentes a um Programa de Pesquisa do Tratamento de Depressão, descobriu que a variável aliança terapêutica era tida como responsável por uma maior variância no resultado do que as próprias modalidades de tratamento (Marcolino & Iacoponi, 2001).

Através de Roth e Fonagy (1996), foram descobertos 100 relatórios de investigação relativos à aliança terapêutica entre os anos 1976 e 1996 que concluem que há uma marcada associação entre a aliança e o resultado da terapia (Waddington, 2002, *in* Portela *et al.*, 2008).

Hovarth e Luborsky (1993) chegaram à conclusão de que a aliança terapêutica prediz efeitos em diversas terapias (por exemplo na terapia cognitiva e na psicodinâmica), em diferentes problemáticas (por exemplo, consumo de drogas) e com durabilidades diferentes de tratamento (de 4 a 50 sessões).



Contudo Roth e Fonagy (1996), defendem que a terapia cognitiva possa ser menos influenciada pela relação terapêutica (Waddington, 2002, *Idem*).

Embora a maioria dos estudos tenham incidido nas terapias dinâmicas, verificou-se que a aliança terapêutica também prediz resultados nas terapias cognitivas e comportamentais (Prado & Meyer, 2004), o que corrobora a ideia referida anteriormente.

Horvath e Symonds (1991, *Idem*) realizaram uma meta-análise com 24 estudos que confrontam a qualidade da aliança terapêutica com resultados, encontrando assim, uma associação moderada, mas confiável, entre uma boa aliança terapêutica e os resultados.

Num trabalho que pretendia estudar o papel da aliança terapêutica na terapia com famílias que lidam com o abuso e negligência de crianças foi possível verificar que a aliança terapêutica está relacionada com o nível de pós-tratamento dos sintomas de violência e tristeza. À medida que a terapia decorria, num sentido positivo, com as actividades terapêuticas que se julgaram necessárias, os membros da família foram ganhando recursos para a mudança. Segundo o estudo, no pós-tratamento da violência, há um acordo entre o terapeuta e a família, onde as metas a alcançar têm um papel significativo. Assim, foi importante para os terapeutas trabalharem e criarem metas de acordo com as famílias, o que não se tornava muito fácil com situações potencialmente violentas. A negociação e a concordância entre o terapeuta e a família acerca das metas a atingir, mostrou ser importante na determinação de resultados. Igualmente, para se poderem observar mudanças, as famílias com maiores níveis de violência teriam de ver o terapeuta como uma pessoa amável e de confiança (Johnson & Ketring, 2006).

Em famílias, nas quais se verificava agressão física ou presença de violência, notava-se uma certa vergonha e apreensão associadas aos serviços recebidos. Nestes casos é necessário um maior nível de confiança e ligação com o terapeuta. Tais famílias frequentemente hesitavam em falar abertamente das suas interações familiares, especialmente aquelas associadas a episódios violentos. Isto sugere que a confiança estabelecida entre terapeutas e família ajudou as famílias a sentirem-se seguras relativamente aos aspectos ligados com a agressividade e com a violência (*Idem*).

Num outro estudo, o objectivo foi estudar a aliança terapêutica na terapia familiar e saber se esta prediz resultados. Os resultados da exploração da relação entre a aliança terapêutica e as mudanças nos sintomas da tristeza, o desenrolar da relação e a habilidade para lidar com a família mostrou-nos alguns aspectos relacionados com a importância da aliança terapêutica na terapia familiar. Este estudo remete para a importância do carinho e da confiança por parte do terapeuta para com os seus clientes, o que significa que a confiança e o carinho estabelecido entre o terapeuta e a família têm um grande potencial para variar ao longo do tratamento, o que explica a natureza dinâmica da aliança terapêutica (Johnson, Wright & Ketring, 2002).

Ambos os estudos consideram que a aliança terapêutica é relevante, na medida em que é considerada um factor preponderante na predição de resultados, sendo que a maneira como o terapeuta se relaciona com a família, no que respeita aos sentimentos que expressa, ao seu comportamento, às suas atitudes e à confiança transmitida constituem, no seu conjunto, um factor importante que facilita a terapia e conduz à mudança.

Para além destes estudos, existem trabalhos que corroboram esta ideia (Knobloch-Fedders, Pinsof & Mann, 2004; Symonds & Horvath, 2004; Garfield, 2004; Pereira, Lock & Oggins, 2006) e que mostram que a relação terapêutica é uma componente importante na predição de resultados.

Muitos estudos (e. g. Davis, Cook, Jennings & Heck, 1977; Tyron, 1990), têm procurado investigar acerca daquilo que os terapeutas pensam ser importante para o precoce envolvimento dos clientes no processo psicoterapêutico. Assim, os terapeutas consideram-se como estando mais motivados para mudar os clientes considerados mais agradáveis, uma vez que se envolvem melhor na terapia (Gilbert & Leahy, 2007, *in*, Portela *et al.*, 2008).

No que respeita à associação entre o género e a relação terapêutica, estudos realizados quer em terapia individuais, quer nas de casais, mostra resultados equívocos, sem nenhuma relação em particular entre o sexo do terapeuta e a aliança terapêutica ou até mesmo no resultado na terapia (Garfield, 2004).

Quando falamos na relação terapêutica não nos podemos esquecer do nível de experiência do psicoterapeuta. Há autores que relatam que a relação

entre a aliança e a experiência do terapeuta não é significativa, isto é, a relação terapêutica não manifesta diferenças significativas entre os terapeutas com maior e menor experiência. Porém, Mallinckrodt e Nelson (1991) defendem que o aumento da formação dos terapeutas encontra-se associado de forma positiva com o estabelecimento da aliança, mas noutro estudo de Hersoug, Hoglend, Monsen e Havik (2001), esta associação acontece quando a relação terapêutica é avaliada pelos terapeutas, mas não pelos clientes (Soares, 2007). Tendo em conta as dimensões do Modelo Pan-teórico da Aliança Terapêutica de Bordin, as percepções acerca dos objectivos e das tarefas da terapia aumentam segundo a experiência dos terapeutas, enquanto as que as percepções acerca dos vínculos não diferem no que respeita à experiência dos terapeutas. No entanto, estudos posteriores consideram que este tópico apresenta algumas contradições quanto aos seus resultados (Horvarth & Bedi, 2002, *in* Ramos, 2008).

#### **1.6. Estudo sobre a Eficácia dos Diferentes Modelos Psicoterapêuticos**

Tendo em conta o estudo do Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH), o estudo replicativo da “*University of Minnesota*”, o “*Sheffield Psychotherapy Project*”, o estudo de Shadish & Baldwin (2003) e um estudo conduzido pelo “U.S. Public Health Service’s Agency for Health Care Policy and Research”, podemos concluir que os diferentes tipos de psicoterapias são formas de tratamento comprovadamente válidas, sendo a psicoterapia mais eficaz que a intervenção placebo. Segundo uma ordem decrescente podemos referir a eficácia dos diferentes sistemas: primeiro, a psicoterapia (dinâmica, cognitiva, comportamental ou sistémica); segundo, o placebo com consultas de apoio; terceiro, a ausência de tratamento ou a permanência em lista de espera. Esta conclusão tem sido obtida através de grupos de indivíduos, perturbados em termos psiquiátricos, especificamente com perturbações do foro “obsessivo-compulsivo”, “depressivo” e de “ansiedade” onde, em certas condições, os resultados provenientes da psicoterapia são mais eficazes que os tratamentos farmacológicos. A eficácia da psicoterapia está ainda comprovada para as diferentes perturbações da personalidade. Os resultados alcançados através dos diferentes estudos demonstram, que os ganhos de um processo psicoterapêutico se mantêm no pós-processo, em controlos de um ano (Paixão, 2005).

As diferentes formas de psicoterapia (behavioristas, cognitivistas, dinâmicas e sistêmicas) apresentam níveis de eficácia semelhantes, ou seja, não existem diferenças significativas entre as diferentes formas de psicoterapia, fenómeno apelidado na literatura de “*Veredicto de Dodo*” (Ramos, 2008). O seu nível de eficácia encontra-se relacionado com a intensidade com que são aplicadas podendo, até, ser considerados diferentes tempos médios de tratamento para cada uma das psicoterapias mencionadas. Estas formas de tratamento psicoterapêutico exibem algumas vantagens em relação aos tratamentos unicamente farmacológicos, nomeadamente em certos quadros clínicos (depressão, ansiedade, perturbações obsessivas e compulsivas), principalmente no que respeita às reincidências. O motivo de todas as formas psicoterapêuticas apresentarem uma eficácia semelhante pode ser explicado através da importância dos factores não específicos existentes em todas as formas de psicoterapia (*Idem*).

Assim, estudos de meta-análise têm expresso que “a psicoterapia é benéfica e eficaz. A Psicoterapia é mais eficaz quando comparada às listas de espera, a situações de não-tratamento e mesmo aos grupos de controlo placebo” (Lambert & Ogles, 2004; Lambert, Bergin & Garfield, 2004; Wampold, 2001, *cit in* Sousa, 2006, p. 374). A literatura também sugere que aproximadamente 80% dos pacientes alcançam uma mudança clinicamente significativa quando comparados com pessoas que não realizam qualquer tipo de psicoterapia e apresentam a mesma problemática (Lambert & Ogles, 2004; Asay & Lambert, 1999, *Idem*).

Um estudo de revisão que teve como objectivo identificar estudos relacionados com os resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração, publicados entre 1990 e Janeiro de 2006, concluiu que ao ser comparada com outras modalidades de tratamento, como por exemplo a terapia comportamental e o tratamento farmacológico, manifesta resultados positivos, não existindo, ainda, evidências expressivas que indiquem que esta abordagem psicoterapêutica tenha resultados superiores, em comparação com as restantes abordagens (Jung, Fillippon, Nunes & Eizirik, 2006). No entanto, “os tratamentos de longa duração tendem a apresentar melhores resultados” (*cit in Idem*, p.309). Apesar de tudo, Tassinari (1999) refere que não existem estudos suficientes que evidenciem que

as psicoterapias breves ou as de curto prazo sejam inferiores às terapias de longa duração.

De acordo, com um estudo que procurou analisar estudos já existentes sobre a eficácia psicoterapêutica dos modelos e das escolas de terapia, em geral, e da terapia da família, em particular, desenvolvidos principalmente nos EUA, concluiu-se que não existe nenhum grau diferenciado de melhoria quando se relacionam terapias de diversas orientações teóricas, como a psicanálise, a comportamental, a cognitivista e a centrada no cliente. Também, no que diz respeito às componentes verbal, comportamental e expressiva do processo terapêutico não se verificaram resultados diferenciados. As intervenções breves *versus* de longo prazo, de grupo *versus* individual e de terapeutas experientes *versus* terapeutas com pouca experiência obtiveram resultados estatisticamente semelhantes (Neto & Féres-Carneiro, 2005).

Deste modo, os factores que mais contribuem para a promoção da mudança terapêutica são os seguintes: 40% dos resultados positivos em psicoterapia são atribuídos a variáveis relacionadas com o paciente e a factores extra terapêuticos e não ao terapeuta ou à sua orientação teórica; 30% dos factores que conduzem a bons resultados devem-se a factores comuns, isto é, aspectos relacionados com a relação terapêutica; 15% estão relacionados com os efeitos placebo, com a esperança e com a expectativa do processo terapêutico ter um efeito positivo; os restantes 15% encontram-se relacionados com as técnicas específicas de cada quadro teórico (Lambert & Barley, 2002; Asay & Lambert, 1999, *in* Sousa, 2006).

É consensual nos diferentes modelos terapêuticos e nos estudos referidos o pressuposto de que a aliança terapêutica assume um papel de relevo no processo terapêutico, estando associada a bons resultados terapêuticos.

Assumindo este posicionamento, pretendemos que este trabalho seja mais um contributo para o estudo e reflexão sobre a Relação Terapêutica, tendo como objectivo avaliar a Relação Terapêutica, segundo a percepção dos Clientes em psicoterapias de diferentes orientações teóricas.



## **2. MATERIAL E MÉTODOS**

### **2.1. Método e Desenho do Estudo**

Este estudo segue uma abordagem quantitativa, uma vez que nos propomos explorar a Percepção dos Clientes relativamente à Aliança Terapêutica, nas três abordagens psicoterapêuticas, através do recurso a instrumentos de avaliação psicométricos.

O estudo é considerado um estudo transversal, com uma única administração. É de natureza descritivo-correlacional (de nível II), uma vez que pretendemos estabelecer relações entre variáveis.

### **2.2. Objectivos do Estudo**

O presente estudo tem como objectivo compreender uma das dimensões do processo terapêutico – a Aliança Terapêutica, segundo a Percepção dos Clientes sobre a mesma, nas diferentes abordagens psicoterapêuticas (psicanalítica, cognitivo-comportamental e sistémica). Sendo que através da pesquisa bibliográfica sobre o assunto, se verificou a pouca existência, ou quase nenhuma, de estudos que se debruçam sobre a relação terapêutica/aliança terapêutica nestas três abordagens. Os estudos que existem dão-nos a conhecer a importância deste conceito de uma forma mais geral, não especificando em relação aos modelos psicoterapêuticos na vasta área das psicoterapias. Tendo em conta este panorama de estudos realizados nesta área, propusemo-nos a explorar qual a Percepção dos Clientes das diferentes abordagens psicoterapêuticas sobre este conceito, que tem um papel fundamental no desenrolar de todo o processo terapêutico.

Assim os objectivos específicos do presente estudo são verificar:

- ✓ Se existem diferenças estatisticamente significativas entre os Modelos Terapêuticos, quanto às Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979);
- ✓ Se existem diferenças estatisticamente significativas entre o Sexo dos Clientes, quanto às Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), independentemente do Modelo Terapêutico;

- ✓ Se existem diferenças estatisticamente significativa entre a Fase do Processo Terapêutico, quanto às Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), independentemente do Modelo Terapêutico;
- ✓ Se existem diferenças estatisticamente significativas entre a Frequência das Sessões, quanto às Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), independentemente do Modelo Terapêutico;
- ✓ Se existe uma relação/associação entre as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), e a Duração da Terapia, independentemente do Modelo Terapêutico;
- ✓ Se existe relação entre a variável Opinião sobre o Caso e Opinião sobre a Relação Terapêutica, segundo os terapeutas, tendo em conta o Modelo Terapêutico.

### **2.3. População/Amostra do Estudo**

Uma vez que se pretendia estudar a relação que é estabelecida entre o terapeuta e o cliente aquando da psicoterapia, a população estudada deveria corresponder apenas a clientes de psicoterapia, envolvidos, no momento da recolha dos dados, num processo terapêutico que fosse ao encontro das três abordagens terapêuticas consideradas no estudo (psicanalítica, cognitivo-comportamental e sistémica). Os clientes da psicoterapia, deveriam ter idade igual ou superior a 18 anos, de modo, a compreenderem todas as questões que constituem o inventário e o conceito de relação/aliança terapêutica. A população englobou sujeitos em terapia individual, nos diferentes modelos teóricos referidos e, corresponde a um grupo heterogéneo em termos de problemáticas. A amostra é, então, constituída por 60 clientes de psicoterapia, de ambos os sexos, sendo que 20 clientes correspondem a cada abordagem. A técnica de amostragem utilizada foi a amostragem não probabilística por conveniência. A amostra foi recolhida em três cidades da zona centro do país, mais concretamente, em Coimbra, em Leiria e em Santarém. As instituições públicas onde foi recolhida a amostra foram as seguintes: Maternidade Bissaya Barreto, Serviço de Psiquiatria Homens do Hospital da Universidade de Coimbra e Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Leiria. Foram ainda considerados sujeitos em psicoterapia em contexto de clínica privada.



**Tabela 1:** Caracterização da amostra (n=60) face à variável Sexo dos Clientes por Modelo Terapêutico e na totalidade

Modelo Terapêutico Sexo	Psicanalítico		Cognitivo - Comportamental		Sistêmico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	9	45,0	6	30,0	4	20,0	19	31,7
Feminino	11	55,0	14	70,0	16	80,0	41	68,3
Total	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

Tendo em conta, a tabela anterior, pode-se verificar, que para todos os modelos, bem como para a totalidade da amostra, a existência de uma maior prevalência de indivíduos do sexo feminino (68,3%) face ao masculino (31,7%).

**Tabela 2:** Caracterização da amostra (n=60) face à variável Idade dos Clientes por Modelo Terapêutico e na totalidade

Modelo Terapêutico Idade em Classes	Psicanalítico		Cognitivo - Comportamental		Sistêmico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
[18-23]	1	5,0	8	40,0	2	10,0	11	18,3
[24-29]	2	10,0	4	20,0	6	30,0	12	20,0
[30-35]	8	40,0	3	15,0	4	20,0	15	25,0
[36-41]	4	20,0	2	10,0	4	20,0	10	16,7
[42-47]	3	15,0	2	10,0	1	5,0	6	10,0
[48-53]	1	5,0	-	-	3	15,0	4	6,7
[54-59]	-	-	-	-	-	-	-	-
[60-65]	-	-	1	5,0	-	-	1	1,7
[66≥]	1	5,0	-	-	-	-	1	1,7

<b>Total</b>	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0
<b>Média</b>	36,90		29,20		34,05		33,38	
<b>Desvio Padrão</b>	10,295		11,005		9,310		10,551	
<b>Variância</b>	105,989		121,116		86,682		111,325	

De acordo com a tabela anterior, é possível constatar que para o Modelo Psicanalítico a classe predominante é a [30-35], para o Cognitivo-Comportamental é a [18-23] e para o Modelo Sistémico é a classe [24-29]. Relativamente á totalidade da amostra a classe dominante é a [30-35].

**Tabela 3:** Caracterização da amostra (n=60) face à variável Estado Civil dos Clientes por Modelo Terapêutico e na totalidade

Modelo Terapêutico Estado Civil	Psicanalítico		Cognitivo - Comportamental		Sistémico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Solteiro	12	60,0	14	70,0	9	45,0	35	58,3
Casado	7	35,0	6	30,0	4	20,0	17	28,3
Divorciado	1	5,0	-	-	4	20,0	5	8,3
Viúvo	-	-	-	-	1	5,0	1	1,7
Separado	-	-	-	-	1	5,0	1	1,7
União de Facto	-	-	-	-	1	5,0	1	1,7
<b>Total</b>	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

De acordo com os dados apresentados, na tabela 3, pode-se constatar que o Estado Civil Solteiro é aquele que se verifica em maior número, seguindo-se o Casado, na totalidade da amostra (58,3%) e (28,3%).

**Tabela 4:** Caracterização da amostra (n=60) face à variável *Habilitações Literárias dos Clientes por Modelo Terapêutico e na totalidade*

Modelo Terapêutico Habilitações Literárias	Psicanalítico		Cognitivo - Comportamental		Sistêmico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1º Ciclo do Ensino Básico	-	-	-	-	-	-	-	-
2º Ciclo do Ensino Básico	4	20,0	-	-	-	-	4	6,7
3º Ciclo do Ensino Básico	4	20,0	2	10,0	4	20,0	10	16,7
Secundário/Curso Profissional	7	35,0	10	50,0	5	25,0	22	36,7
Bacharelato	-	-	-	-	1	5,0	1	1,7
Licenciatura	4	20,0	7	35,0	10	50,0	21	35,0
Mestrado	1	5,0	1	5,0	-	-	2	3,3
Doutoramento	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

Tendo em conta os dados acima apresentados, pode-se verificar que para a totalidade da amostra o Ensino Secundário/Curso Profissional (36,7%) e o Grau de Licenciado (35%) são aqueles que apresentam maiores resultados, seguindo-se o 3º Ciclo do Ensino Básico (16,7%).

**Tabela 5:** Caracterização da amostra (n=60) face à variável *Situação Profissional dos Clientes por Modelo Terapêutico e na totalidade*

Modelo Terapêutico Situação Profissional	Psicanalítico		Cognitivo - Comportamental		Sistêmico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Empregado	8	40,0	7	35,0	14	70,0	29	48,3

Estudante	-	-	6	30,0	2	10,0	8	13,3
Trabalhador - Estudante	1	5,0	1	5,0	2	10,0	4	6,7
Desempregado	8	40,0	4	20,0	1	5,0	13	21,7
Sem qualquer actividade	2	10,0	1	5,0	-	-	3	5,0
Reformado	1	5,0	1	5,0	-	-	2	3,3
Doméstico	-	-	-	-	1	5,0	1	1,7
<b>Total</b>	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

A tabela 5 mostra que existe um maior número de pessoas que trabalham (48,3%), seguindo-se de pessoas desempregadas (21,7%) e de estudantes (13,3%) no total da amostra.

## 2.4. Procedimentos

De modo a iniciar a recolha dos dados foi necessário pedir a colaboração dos terapeutas e a autorização às instituições onde trabalham alguns dos terapeutas, sobretudo aqueles que trabalham no sector público. Depois de todas as questões burocráticas tratadas, foi pedida a autorização dos clientes para participarem no estudo através de um documento denominado de “Pedido de Consentimento Informado aos Participantes do Estudo”.

No procedimento de recolha dos dados foi solicitado aos terapeutas que entregassem o envelope aos clientes que continha os questionários a serem preenchidos, que explicassem de uma forma geral do que se tratava e pedissem para que no final do preenchimento dos mesmos, estes fossem, novamente, lá colocados, fechando o envelope. Apenas, num dos locais de recolha dos dados, estes foram recolhidos pelo investigador. Em todos os outros, contou-se com a colaboração do terapeuta para essa tarefa. Relativamente ao momento da recolha de dados, esta foi feita ou no início ou no fim da sessão, sendo necessário que acontecesse a partir da terceira sessão de psicoterapia.

Ao terapeuta era pedido que preenchesse um pequeno questionário de acordo com cada cliente, que incidia sobre questões relacionadas com a terapia.

Os terapeutas que participaram no estudo têm formação específica, de acordo como o modelo teórico que lhes serve de base, para além de serem terapeutas com diferentes anos de experiência profissional, sendo que a maioria tem mais de dez anos de experiência. Os que têm menos anos de trabalho encontram-se sujeitos a uma prática clínica supervisionada.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado através do Programa Estatístico SPSS, versão 15.0. No tratamento estatístico utilizámos medidas de tendência central e de dispersão, os testes de *Shapiro-Wilk* para a avaliação da normalidade dos dados, empregámos Testes Paramétricos (*Anova*) e Testes Não Paramétricos (*Teste de Kruskal-Wallis*, o *Teste de Mann-Whitney* e o *Teste do Qui-Quadrado*) e o *Coeficiente de Correlação de Rho de Spearman*.

## 2.5. Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo consistiam num instrumento de recolha de dados sócio-demográficos (Questionário de Caracterização do Cliente), um instrumento destinado à caracterização do processo terapêutico (Inventário da Aliança Terapêutica (Versão Cliente) – IAT-C) e um instrumento destinado ao terapeuta (Questionário de Caracterização do Terapeuta).

O instrumento de recolha de dados sócio-demográficos é um questionário a ser preenchido pelo cliente e que permite a recolha dos dados pessoais do cliente, para se poder caracterizar a amostra a nível demográfico.

O Inventário da Aliança Terapêutica – Versão Cliente (Horvath, 1981, 1994; Horvath & Greenberg, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989; versão portuguesa de Machado & Horvath, 1999), avalia a qualidade da relação terapêutica segundo três dimensões, consideradas por Bordin (1979), como fundamentais para o processo terapêutico: acordo nas tarefas, acordo nos objectivos e desenvolvimento da relação entre o cliente e o terapeuta. Este foi o instrumento escolhido uma vez que pode ser utilizado nas diversas abordagens psicoterapêuticas; é um instrumento que pode ser utilizado em terapias em que não existam sessões propriamente ditas, visto que não avalia as sessões, mas sim as dimensões da aliança terapêutica; devido ao facto da escala original apresentar valores adequados de fiabilidade (com *Alfa de Cronbach* que varia entre 0,93 a 0,84 para a totalidade da escala e com valores entre 0.92 e 0,68 para

as sub-escalas) e por ser um dos instrumentos que mais aparece descrito na literatura. A versão completa do inventário utilizada no estudo é constituída por 36 itens, sendo que a cada dimensão, anteriormente referida, correspondem 12 itens. Os itens encontram-se organizados numa escala de Tipo *Likert* constituída por 7 pontos, em que 1=Nunca, 2=Raramente, 3=Ocasionalmente, 4=Por vezes, 5=Freqüentemente, 6=Muito Freqüentemente e 7=Sempre. O Inventário da Aliança Terapêutica, na versão portuguesa, apresenta resultados semelhantes, em termos da consistência interna e da fiabilidade, aos da sua versão original, com um *Alpha de Cronbach* de 0.95 para a escala na sua totalidade e os seguintes valores para as três dimensões: Tarefa - 0.93, Objectivos – 0.80 e Relação – 0.87 (Machado & Horvath, 1999).

O instrumento destinado a ser preenchido pelo terapeuta encontra-se relacionado com a terapia e baseia-se nas seguintes questões: o modelo terapêutico, o motivo da terapia, há quanto tempo está o cliente em terapia, a fase do processo na qual o cliente se encontra, a frequência das sessões, qual a opinião sobre o caso e sobre a relação terapêutica.

### 2.5.1. Estudo da Fidedignidade para o Inventário da Aliança Terapêutica

**Tabela 6:** Resultados do Estudo da Fidedignidade do Inventário da Aliança Terapêutica

	Escala (36 itens)	Dimensões da Escala		
		Tarefa (12 itens)	Relação (12 itens)	Objectivos (12 itens)
<b>Coeficiente Alfa de Cronbach</b>	0,927	0,815	0,883	0,743
<b>Média</b>	219,82	73,58	75,62	70,62
<b>Desvio Padrão</b>	21,948	7,452	8,277	8,023
<b>Variância</b>	481,712	55,535	68,512	64,376

Como se pode constatar, através da tabela 6, o Inventário da Aliança Terapêutica apresenta bons resultados ao nível da sua consistência interna, quer para a totalidade da escala, quer para as suas sub-escalas.

## 2.6. Resultados

De seguida serão apresentados os dados resultantes dos instrumentos utilizados. Apresentaremos os resultados do instrumento a ser preenchido pelo terapeuta, que aborda questões relacionadas com a psicoterapia, e o instrumento a ser preenchido pelo cliente, de modo a avaliar a sua percepção da aliança terapêutica.

**Tabela 7:** Caracterização da amostra (n=60) face à variável Duração da Terapia, em meses, dos Clientes por Modelo Terapêutico e na totalidade

Modelo Terapêutico Duração da Terapia	Psicanalítico		Cognitivo - Comportamental		Sistémico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
[2-25]	11	55,0	17	85,0	13	65,0	41	68,3
[26-49]	2	10,0	2	10,0	4	20,0	8	13,3
[50-73]	1	5,0	-	-	1	5,0	2	3,3
[74-97]	5	25,0	1	5,0	2	10,0	8	13,3
[98-122]	1	5,0	-	-	-	-	1	1,7
<b>Total</b>	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0
<b>Média</b>	43,35		14,00		27,90		28,42	
<b>Desvio Padrão</b>	38,559		19,181		27,421		31,393	
<b>Variância</b>	1486,766		367,895		751,884		985,535	

Em todos os Modelos Terapêuticos, a classe dominante para a Duração da Terapia, em meses, é a dos [2-25], o que se verifica igualmente para a totalidade da amostra (68,3%). Para o Modelo Sistémico as classes, a partir da segunda (inclusivé), correspondem quase na sua maioria a *follow-ups*.

**Tabela 8:** Caracterização da amostra (n=60) face à variável Frequência das Sessões por Modelo Terapêutico e na totalidade

Modelo Terapêutico Frequência das sessões	Psicanalítico		Cognitivo - Comportamental		Sistêmico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1ª Vez por semana	8	40,0	4	20,0	1	5,0	13	21,7
De 15 em 15 dias	8	40,0	10	50,0	6	30,0	24	40,0
1ª Vez por mês	2	10,0	4	20,0	7	35,0	13	21,7
Outra	2	10,0	2	10,0	6	30,0	10	16,6
<b>Total</b>	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

É possível verificar que a maior frequência das sessões se realizam quinzenalmente (40,0%) no total da amostra.

**Tabela 9:** Caracterização da amostra (n=60) face à variável Fase do Processo por Modelo Terapêutico e na totalidade

Modelo Terapêutico Fase do Processo	Psicanalítico		Cognitivo - Comportamental		Sistêmico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Início	4	20,0	4	20,0	2	10,0	10	16,7
Meio	14	70,0	9	45,0	6	30,0	29	48,3
Fim	2	10,0	5	25,0	6	30,0	13	21,7
Follow-up	-	-	2	10,0	6	30,0	8	13,3
<b>Total</b>	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0



No total da amostra, pode-se constatar que a maior parte das pessoas se encontra a meio do seu processo de psicoterapia (48,3%).

**Tabela 10:** Caracterização da amostra (n=60) face à variável Opinião sobre o Caso, segundo os terapeutas, por Modelo Terapêutico e na totalidade

Modelo Terapêutico Opinião sobre o Caso	Psicanalítico		Cognitivo - Comportamental		Sistémico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sucesso	14	70,0	14	70,0	18	90,0	46	76,7
Insucesso	1	5,0	1	5,0	-	-	2	3,3
Não avaliável até ao momento	5	25,0	5	25,0	2	10,0	12	20,0
<b>Total</b>	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

Os terapeutas, na maioria dos casos, avaliam-nos como sendo Sucessos (76,7%), quer para o total da amostra, quer para cada modelo.

**Tabela 11:** Caracterização da amostra (n=60) face à variável Relação Terapêutica, segundo os terapeutas, por Modelo Terapêutico e na totalidade

Modelo Terapêutico Relação Terapêutica	Psicanalítico		Cognitivo - Comportamental		Sistémico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Insatisfatória	1	5,0	-	-	-	-	1	1,7
Razoável	2	10,0	3	15,0	3	15,0	8	13,3
Satisfatória	17	85,0	17	85,0	17	85,0	51	85,0
<b>Total</b>	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

Os terapeutas avaliam a relação terapêutica como sendo satisfatória, o que pode ser constatado para cada modelo, bem como para o total da amostra (85,0%).

Para analisarmos se existem diferenças estatisticamente significativas entre os Modelos Terapêuticos, quanto às Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), começamos por fazer uma análise estatística descritiva simples, recorrendo às medidas de tendência central (média) e às de dispersão (desvio padrão e variância).

**Tabela 12:** Caracterização do Modelo Psicanalítico segundo as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979)

Modelo Psicanalítico			
Dimensões da Aliança	Tarefa	Relação	Objectivo
Média	73,90	75,30	69,65
Desvio Padrão	6,81	6,49	7,07
Variância	46,41	42,22	50,02

De acordo com a tabela, pode-se constatar que no Modelo Psicanalítico, as Dimensões da Aliança Terapêutica não apresentam diferenças estatisticamente significativas, quando se procedeu a uma análise descritiva simples.

**Tabela 13:** Caracterização do Modelo Cognitivo-Comportamental segundo as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979)

Modelo Cognitivo-Comportamental			
Dimensões da Aliança	Tarefa	Relação	Objectivo
Média	71,30	72,85	69,15
Desvio Padrão	9,28	10,79	10,32
Variância	86,22	116,55	106,55

De acordo com a tabela, pode-se constatar que no Modelo Cognitivo-Comportamental, as Dimensões da Aliança Terapêutica não apresentam diferenças estatisticamente significativas, quando se procedeu a uma análise descritiva simples.

**Tabela 14:** Caracterização do Modelo Sistémico segundo as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979)

Modelo Sistémico			
Dimensões da Aliança	Tarefa	Relação	Objectivo
Média	75,55	78,70	73,05
Desvio Padrão	5,40	5,98	5,81
Variância	30,15	35,80	33,83

De acordo com a tabela, pode-se constatar que no Modelo Sistémico, as Dimensões da Aliança Terapêutica não apresentam diferenças estatisticamente significativas, quando se procedeu a uma análise descritiva simples. Contudo, comparativamente com os valores apresentados pelos outros modelos, o Modelo Sistémico apresenta valores inferiores nas três Dimensões da Aliança, no que respeita às medidas de dispersão. No entanto, apresenta valores superiores nas três Dimensões da Aliança, no que respeita à média.

De seguida, para terminarmos a mesma análise, efectuámos o *Teste da Normalidade de Shapiro-Wilk*, que nos permite verificar se a distribuição dos dados face às Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), tendo em conta os Modelos Terapêuticos, é normal ou não. Quando a distribuição dos dados é normal podemos utilizar os Testes Paramétricos, quando tal não se verifica, recorreremos aos Testes Não Paramétricos. Desta forma, foi possível observar que na Dimensão Tarefa, a distribuição é normal ( $p>0,05$ ). Enquanto que nas Dimensões Relação e Objectivos a distribuição não é normal ( $p<0,05$ ). Tendo em conta esta análise, utilizámos a *Anova* (Teste Paramétrico) para ver se existem diferenças estatisticamente significativas entre os Modelos Terapêuticos,

quanto à Dimensão Tarefa (escala ordinal) e o utilizámos o *Teste Kurskal-Wallis* (Teste Não Paramétrico para três ou mais grupos independentes, cuja escala tem de ser ordinal), que é uma alternativa ao Teste Anova, para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os Modelos Terapêuticos (três grupos independentes), quanto às Dimensões Relação e Objectivos (escala ordinal).

**Tabela 15:** Resultados do Teste da Normalidade de Shapiro-Wilk para os Modelos Terapêuticos, tendo em conta as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979)

	Modelo Terapêutico		
	Psicanalítico	Cognitivo - Comportamental	Sistémico
<b>Tarefa</b>	0,348	0,068	0,083
<b>Relação</b>	0,102	<b>0,003</b>	<b>0,001</b>
<b>Objectivos</b>	0,191	0,221	<b>0,036</b>

Tendo em conta os valores apresentados na tabela 15, verifica-se que os valores da significância para os três modelos na Dimensão Tarefa são superiores a 0,05 ( $p > 0,05$ ), o que nos leva a utilizar um Teste Paramétrico (*Anova*). Já as restantes dimensões apresentam, para alguns modelos,  $p < 0,05$ , como é o caso da Dimensão Relação, que para o Modelo Cognitivo-Comportamental tem um valor de  $p = 0,003$  e para o Sistémico tem um valor de  $p = 0,001$ , e da Dimensão Objectivos, que para o Modelo Sistémico tem um valor de  $p = 0,036$ , valores de  $p < 0,05$ , o que nos leva a recorrer a um Teste Não Paramétrico (*Teste Kurskal-Wallis*).

**Tabela 16:** Resultados do Teste da Anova e do Teste Kurskal-Wallis para os Modelos Terapêuticos, tendo em conta as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979)

	Anova	Kurskal-Wallis
Tarefa	$p= 0,193$	-
Relação	-	$p= 0,058$
Objectivos	-	$p= 0,253$

Através da tabela, verificamos que os valores obtidos por ambos os testes apresentam  $p>0,05$ , logo não existem diferenças estatisticamente significativas entre os Modelos Terapêuticos (Psicanalítico, Cognitivo-Comportamental e Sistémico), quanto às Dimensões da Aliança (Tarefa, Relação e Objectivos).

Realizámos o *Teste da Normalidade de Shapiro-Wilk*, que nos permite verificar se a distribuição dos dados face às Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), tendo em conta o Sexo dos Clientes, é normal ou não. Como os dados são todos inferiores a 0,05 ( $p<0.05$ ), utilizámos o *Teste de Mann-Whitney* (Teste Não Paramétrico para dois grupos independentes, cuja escala tem de ser ordinal) que nos permite verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o Sexo dos Clientes (dois grupos independentes), quanto às Dimensões da Aliança (escala ordinal), propostas por Bordin (1979), independentemente do Modelo Terapêutico.

**Tabela 17:** Resultados do Teste da Normalidade de Shapiro-Wilk para o Sexo dos Clientes, tendo em conta as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), independentemente do Modelo Terapêutico

	Sexo	
	Masculino	Feminino
Tarefa	0,016	0,012

<b>Relação</b>	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>
<b>Objectivos</b>	<b>0,040</b>	<b>0,016</b>

Como os valores de  $p$  são todos inferiores a 0,05, implica a utilização de um Teste Não Paramétrico para dois grupos independentes.

**Tabela 18:** Resultados do Teste de Mann-Whitney para o Sexo dos Clientes, tendo em conta as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), independentemente do Modelo Terapêutico

<b>Sexo</b>		
	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Tarefa</b>	353,5	<b>0,566</b>
<b>Relação</b>	271,0	<b>0,059</b>
<b>Objectivos</b>	304,5	<b>0,179</b>

De acordo com a tabela 18, pode-se constatar que para cada Dimensão da Aliança,  $p > 0,05$ , logo não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Sexo dos Clientes, quanto às Dimensões da Aliança, independentemente do Modelo Terapêutico.

Para verificarmos a normalidade dos dados em relação às Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), tendo em conta a Fase do Processo Terapêutico, procedeu-se à realização do *Teste da Normalidade de Shapiro-Wilk*, onde foi possível constatar que em cada Dimensão existiam valores de  $p < 0,05$ , o que nos levou a utilizar o Teste Não Paramétrico de *Kruskal-Wallis* para verificarmos se existem diferenças estatisticamente significativas entre a Fase do Processo Terapêutico (quatro grupos independentes), quanto às Dimensões da Aliança (escala ordinal), propostas por Bordin (1979), independentemente do Modelo Terapêutico.

**Tabela 19:** Resultados do Teste da Normalidade de Shapiro-Wilk e do Teste do Kurskal-Wallis para a Fase do Processo Terapêutico, tendo em conta as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), independentemente do Modelo Terapêutico

Fase do Processo Terapêutico					
	Início	Meio	Fim	Follow-up	Kurskal-Wallis
<b>Tarefa</b>	0,522	0,129	<b>0,049</b>	0,162	<b><math>p = 0,148</math></b>
<b>Relação</b>	0,596	<b>0,001</b>	<b>0,009</b>	0,051	<b><math>p = 0,002</math></b>
<b>Objectivos</b>	0,534	0,491	<b>0,046</b>	<b>0,008</b>	<b><math>p = 0,011</math></b>

A tabela mostra-nos que na análise da normalidade, as três Dimensões da Aliança apresentam alguns valores de significância inferiores a 0,05, face às Fases do Processo Terapêutico, o que nos levou à utilização do Teste de *Kurskal-Wallis*. Podemos verificar que através do teste realizado que a Dimensão Tarefa apresenta um valor de  $p > 0,05$  ( $p = 0,148$ ), o que mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Fase do processo Terapêutico em que o Cliente se encontra, quanto à Dimensão Tarefa. As restantes Dimensões (Relação e Objectivos) apresentam valores de  $p < 0,05$  ( $p = 0,002$  e  $p = 0,011$ ), o que significa que existem diferenças estatisticamente significativas entre a Fase do Processo Terapêutico na qual o cliente se encontra, quanto às Dimensões Relação e Objectivos.

Para analisarmos a normalidade dos dados em relação às Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), tendo em conta a Frequência das Sessões, independentemente do Modelo Terapêutico, realizou-se o *Teste da Normalidade de Shapiro-Wilk*, onde foi possível constatar que em cada Dimensão existem valores de  $p < 0,05$ , o que nos levou a utilizar o Teste Não Paramétrico de *Kurskal-Wallis* para verificarmos se existem diferenças estatisticamente significativas entre a Frequência das Sessões (quatro grupos independentes), quanto às Dimensões

da Aliança (escala ordinal), propostas por Bordin (1979), independentemente do Modelo Terapêutico.

**Tabela 20:** Resultados do Teste da Normalidade de Shapiro-Wilk e do Teste do Kurskal-Wallis para a Frequência das Sessões, tendo em conta as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), independentemente do Modelo Terapêutico

Frequências das Sessões					
	1ª Vez por semana	De 15 em 15 dias	1ª Vez por mês	Outra	Kurskal-Wallis
Tarefa	0,176	0,205	0,101	0,023	$p = 0,699$
Relação	0,222	0,001	0,104	0,456	$p = 0,173$
Objectivos	0,437	0,299	0,599	0,043	$p = 0,097$

A tabela 20 mostra-nos que na análise da normalidade, as três Dimensões da Aliança apresentam alguns valores de significância inferiores a 0,05, face à Frequência das Sessões, o que nos levou à utilização do *Teste de Kurskal-Wallis*. Podemos constatar que através do teste realizado que as Dimensão da Aliança apresentam valores de  $p > 0,05$ , logo não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Frequência das Sessões, quanto às Dimensões da Aliança.

Para verificarmos se existe uma relação/associação entre as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), e a Duração da Terapia, independentemente do Modelo Terapêutico, utilizámos o coeficiente de correlação *Rho de Spearman*, uma vez que as Dimensões da Aliança são de carácter ordinal.



**Tabela 21:** Resultados da Correlação, através do Coeficiente de Rho de Spearman, entre as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979) e a Duração da Terapia, independentemente do Modelo Terapêutico

Duração da Terapia		
	R	p
Tarefa	0,094	0,477
Relação	0,392	0,002
Objectivos	0,156	0,234

De acordo com a tabela 21, pode-se observar que apenas a Dimensão Relação apresenta um valor de  $p < 0,01$  ( $p = 0,002$ ), o que mostra que há relação/associação entre a Dimensão Relação e a Duração da Terapia, ou seja, quanto maior o tempo que o Cliente está em terapia, mais pontua a Dimensão Relação. Nas restantes Dimensões não se verifica relação/associação, uma vez que o  $p > 0,05$  ( $p = 0,477$  e  $p = 0,234$ ).

Por fim, para analisarmos se existe relação entre a variável Opinião sobre o Caso e Opinião sobre a Relação Terapêutica, segundo os terapeutas, tendo em conta o Modelo Terapêutico, recorreu-se à utilização do *Teste do Qui-Quadrado*, visto que estamos perante variáveis nominais.

**Tabela 22:** Resultados do Teste do Qui-Quadrado, face à variável Opinião sobre o Caso, segundo os terapeutas, tendo em conta o Modelo Terapêutico

Modelo Terapêutico				
	Psicanalítico	Cognitivo - Comportamental	Sistémico	Total
Sucesso	14	14	18	46
Insucesso	1	1	-	2
Total	15	15	18	48

<b>Qui-Quadrado</b>	<b>1,252</b>
<b><i>p</i></b>	<b>0,535</b>

A opção “Não avaliável até ao momento”, não foi considerada na análise efectuada, uma vez que é tida como uma não resposta, logo foram apenas estudados os Sucessos e os Insucessos. Como o valor de  $p > 0,05$  ( $p = 0,535$ ), verifica-se que não há relação entre os Modelos, quanto aos Sucessos/Insucessos, ou seja, não existe relação entre os Modelos e a Opinião sobre o Caso.

**Tabela 23:** Resultados do Teste do Qui-Quadrado, face à variável Opinião sobre a Relação Terapêutica, segundo os terapeutas, tendo em conta o Modelo Terapêutico

<b>Modelo Terapêutico</b>				
	<b>Psicanalítico</b>	<b>Cognitivo - Comportamental</b>	<b>Sistémico</b>	<b>Total</b>
<b>Insatisfatória</b>	1	-	-	1
<b>Razoável</b>	2	3	3	8
<b>Satisfatória</b>	17	17	17	51
<b>Total</b>	20	20	20	60
<b>Qui-Quadrado</b>	<b>2,250</b>			
<b><i>p</i></b>	<b>0,690</b>			

Uma vez que o valor de  $p > 0,05$  ( $p = 0,690$ ), verifica-se que não há relação entre a Opinião sobre a Relação Terapêutica por parte dos terapeutas e os diferentes Modelos Terapêuticos.



### Capítulo III

### 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em relação ao primeiro objectivo do presente estudo, que consiste em averiguar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os Modelos Terapêuticos, tendo em conta as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os Modelos (Psicanalítico, Cognitivo-Comportamental e Sistémico), quanto às Dimensões da Aliança (Tarefa –  $p=0,193$ ; Relação –  $p=0,058$  e Objectivos –  $p=0,253$ ), o que significa que as Dimensões da Aliança estabelecem-se independentemente dos diferentes formatos psicoterapêuticos, ou seja, existem para além deles.

Tendo como ponto de referência a vastíssima literatura e os estudos sobre a investigação acerca dos resultados da terapia, Lambert e Barley (2002) confirmam que existem factores comuns responsáveis por 30% do êxito da psicoterapia. Rosenweig, em 1936 (Weinberger, 1993), questiona se a melhoria dos clientes, resulta de aspectos relacionados com as técnicas, próprias de cada modelo terapêutico, e indica que outros aspectos, inespecíficos a cada orientação teórica, mas comuns a todas elas, parecem desempenhar um papel de relevo no processo terapêutico. Deste modo, o autor sugere um lugar de destaque para a Relação Terapêutica, esta que é facilitadora da terapia (Rogers, 1974), enquanto factor comum a cada abordagem psicoterapêutica (Ramos, 2008).

Assim, a Relação Terapêutica, especialmente as Dimensões da Aliança (Tarefa, Relação e Objectivos), têm demonstrado ser um factor comum importante, independentemente das diferentes abordagens psicoterapêuticas, uma vez que se estabelecem independentemente dos diferentes Modelos (Corbella & Botella, 2003).

O segundo objectivo consistia em analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o Sexo dos Clientes, quanto às Dimensões da Aliança Terapêutica, propostas por Bordin (1979), independentemente do Modelo Terapêutico. Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Sexo dos Clientes, quanto às Dimensões da Aliança (Tarefa –  $p=0,566$ ; Relação –  $p=0,059$  e Objectivos –  $p=0,179$ ), ou seja, a Aliança não

depende do facto do Cliente ser homem ou mulher, o que vai de encontro a um estudo realizado por Soares (2007), em que um dos objectivos era observar se a aliança terapêutica é influenciada por variáveis demográficas.

Relativamente ao terceiro objectivo que pretende verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre a Fase do Processo Terapêutico, quanto às Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), independentemente do Modelo Terapêutico, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Fase do processo Terapêutico, quanto à Dimensão Tarefa ( $p=0,148$ ). Já nas Dimensões Relação ( $p=0,002$ ) e Objectivos ( $p=0,011$ ), existem diferenças estatisticamente significativas entre a Fase do Processo Terapêutico na qual o cliente se encontra, quanto a estas Dimensões da Aliança, o que significa que o estabelecimento da Dimensão Relação e o acordo face à Dimensão Objectivos dependem da Fase do Processo Terapêutico.

A literatura indica que a Aliança Terapêutica deve ser medida numa fase inicial do processo terapêutico, por exemplo a partir da terceira sessão, uma vez que parece ser o melhor predictor do resultado da terapia do que em fases intermédias ou depois de muitas sessões (Corbella & Botella, 2003). Contudo, no presente estudo a Aliança Terapêutica foi avaliada em diferentes fases do processo terapêutico, o qual evidenciou diferenças entre as diferentes fases da terapia, quanto à Aliança Terapêutica, nomeadamente nas Dimensões Relação e Objectivos. Apenas na Dimensão Tarefa não se verificaram diferenças. Podemos considerar que face à Dimensão Relação, esta vai variando e tornando-se cada vez mais sólida ao longo das diferentes fases da terapia, ou seja, a relação terapêutica na fase final da terapia, não é naturalmente igual àquela que se verifica no início. Em relação à Dimensão Objectivos, também se verifica que estes se encontram relacionados com a fase da terapia, uma vez que apesar de no início ser traçado um objectivo geral, este vai sendo sujeito a ajustes ao longo da terapia. Tendo em conta que as tarefas servem para concretizar os objectivos parece-nos que esta é a Dimensão que está menos dependente da qualidade da relação terapêutica, estando mais associada às características individuais do sujeito e à sua capacidade e autonomia na escolha das formas de alcançar os seus objectivos.

No entanto, e por outro lado, tendo em consideração que os objectivos se vão ajustando, tendo em conta as diferentes fases da terapia, também poder-se-ia esperar que ocorressem diferenças entre as diferentes fases da terapia, face à Dimensão Tarefa. Neste estudo, tal não se verificou.

O seguinte objectivo era verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre a Frequência das Sessões, quanto às Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), independentemente dos Modelos Terapêuticos. Apesar de não ter sido encontrado apoio teórico que fundamente os nossos resultados, constatámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Frequência das Sessões, quanto às Dimensões da Aliança (Tarefa –  $p=0,699$ ; Relação –  $p=0,173$  e Objectivos –  $p=0,097$ ), ou seja, o facto das sessões serem próximas ou distantes no tempo não influencia a qualidade da Aliança.

O quinto objectivo pretendia analisar se existe uma relação/associação entre as Dimensões da Aliança, propostas por Bordin (1979), e a Duração da Terapia, independentemente do Modelo Terapêutico. Constatámos que apenas a Dimensão Relação ( $p=0,002$ ) se relaciona/associa com a Duração da Terapia, relação/associação esta que não se verifica nas restantes Dimensões (Tarefa -  $p=0,477$  e Objectivos -  $p=0,234$ ). Horvath & Symonds (1991), referem que a influência da aliança no resultado da terapia tem sido estudada em tratamentos que vão desde a quarta à quinquagésima sessão, os quais parecem evidenciar que a duração da terapia não influencia a relação entre a Aliança e o resultado da terapia (Corbella & Botella, 2003). No entanto, este estudo revela que existe relação/associação entre a Dimensão Relação e a Duração da Terapia, ou seja, quanto mais tempo os clientes estão em terapia, maior é o vínculo estabelecido entre eles e o terapeuta.

Podemos pressupor que quando o processo terapêutico se prolonga durante um longo período de tempo o contexto da terapia passa a ocupar um espaço altamente relevante no quadro de vida do sujeito. Nestas circunstâncias é também natural que o terapeuta ocupe um papel de “destaque” significativo no universo relacional do cliente, levando-o a pontuar intensamente a Dimensão Relação até pelo valor e influência que este vínculo pode ter no seu quotidiano.

Por fim, ao analisarmos se existe relação entre a Opinião sobre o Caso (se é sucesso ou insucesso) e a Opinião sobre a Relação Terapêutica, segundo os terapeutas, tendo em conta o Modelo Terapêutico, verificámos que não existe relação entre os Modelos ( $p=0,535$ ) quanto aos Sucessos/Insucessos, o que se encontra relacionado com o que está descrito na literatura, isto é, todas as formas de psicoterapia parecem ser eficazes (Ramos, 2008; Soares, 2007). Não se encontrou ainda relação entre a Opinião sobre a Relação Terapêutica ( $p=0,690$ ), por parte dos terapeutas, e os diferentes Modelos Terapêuticos. Segundo Cordioli (1998), a Opinião dos terapeutas face à Relação Terapêutica, não depende dos Modelos, mas sim das características pessoais, quer dos terapeutas, quer dos clientes, bem como o modo como ambos se posicionam e relacionam na terapia.

#### 4. CONCLUSÃO

Escassa tem sido a investigação feita em Portugal, quer ao nível do resultado, quer ao nível do processo terapêutico, nomeadamente na área da Relação/Aliança Terapêutica. Segundo Daniel de Sousa (2006), “não existe uma tradição de investigação em psicoterapia a nível nacional” (*cit in* Sousa, 2007, p.163). Deste modo, este trabalho procurou “desbravar terreno” nesta imensa área que é a da Relação Terapêutica. Esta que assume um papel de destaque no desenrolar de um processo terapêutico, considerando que a psicoterapia decorre no âmbito da relação interpessoal, construída entre um cliente e um terapeuta. A qualidade emocional e relacional do vínculo entre ambos os intervenientes é considerada uma parte indispensável do sucesso do processo psicoterapêutico (Corbella & Botella, 2003).

Esta investigação contribui assim, para o estudo da Relação Terapêutica, de uma forma geral, e mais pormenorizadamente para o estudo da Aliança Terapêutica, segundo as Dimensões da Aliança propostas por Bordin (1979), tendo em conta a Percepção dos Clientes, em diferentes formatos psicoterapêuticos, uma vez que a perspectiva destes “é aquela que está mais relacionada com o resultado terapêutico” (*cit in* Sousa, 2007, p.169), sublinhando-se que a Perspectiva dos Clientes face à relação parece predizer melhores resultados do que a dos terapeutas (Portela *et al*, 2008).

Deste estudo podemos concluir que a Relação/Aliança Terapêutica não é determinada pelos diferentes modelos teóricos, uma vez que permanece independentemente deles. Podemos considerar que é uma constante em cada um deles, conclusão corroborada por outros trabalhos.

Das limitações que esta investigação possa ter, destacam-se quatro: a primeira é o facto da amostra ser reduzida ( $n=60$ ), a segunda associa-se à técnica de amostragem, por conveniência, o que a torna não representativa, a terceira prende-se com a recolha dos dados, pois deparámo-nos com dificuldades de adesão de alguns terapeutas por recearem que os seus clientes pudessem pensar que poderiam estar, de alguma forma, relacionados com a investigação. A quarta limitação refere-se à inclusão apenas da Perspectiva dos Clientes sobre a



Relação/Aliança Terapêutica e não também a dos terapeutas. Sugerimos que em futuras investigações se estude a Perspectiva de ambos sobre Relação/Aliança Terapêutica nas diferentes abordagens psicoterapêuticas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). *A review of characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance*. Clinical Psychology Review, 23, 1-33.

Baillargeon, P.; Pinsof, W. M.; Leduc, A. (2005). *L'alliance thérapeutique: la creation et la progression du lien*. Revue européenne de psychologie appliqué, 55, 225-234.

Baillargeon, P.; Pinsof, W. M.; Leduc, A. (2005). *Modèle systémique de l'alliance thérapeutique*. Revue européenne de psychologie appliqué, 55, 137-143.

Barros, L. (1999). *Psicologia Pediátrica. Perspectiva desenvolvimentista*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 153.

Bateman, A. & Holmes, J. (1997). *Introdução à Psicanálise – Teoria e prática contemporâneas*. Lisboa: Climepsi Editores, 145-171.

Bethea, A. R.; Acosta, M. C.; Haller, D. L. (2008). *Patient versus therapist alliance: Whose perception matters?* Journal of Substance Abuse Treatment, 35, 174-183.

Benjamin, A. (1996). *A entrevista de ajuda*. 8ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 55-77.

Braga, G. L. B. & Vandenberghe, L. (2006). *Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental*. Campinas: Estudos de Psicologia, 23 (3), 307-314. Acedido a 2 de Novembro de 2008 em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n3/v23n3a10.pdf>.

Blow, A. J. & Sprenkle, D. H. (2001). *Common factors across theories of marriage and family therapy: a modified delphi study*. Journal of Marital and Family Therapy, 27 (3), 385-401.

Capelo, F. M. (2000). *Aprendizagem Centrada na Pessoa: Contribuição para a compreensão do modelo educativo proposto por Carl Rogers*. Revista de Estudos Rogerianos: A Pessoa como Centro, Nº. 5, Primavera-Verão 2000. Acedido a 19 de Dezembro de 2008 em: <http://www.encontroacp.psc.br/aprendizagem.htm>.

Carraro, T. E. & Radünz, V. (1996). *A empatia no relacionamento terapêutico: um instrumento do cuidado*. Cogitare Enfermagem, 1 (2), 50-52. Acedido a 3 de Novembro de 2008 em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/8739/6060>.

Corbella, S. & Botella, L. (2003). *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación*. Anales de Psicología, 19 (002), 205-221. Acedido a 13 de Março de 2009 em [www.um.es/analesps/v19/v19\\_2/04-19\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf).

Cordioli, A. V. (1998). *Psicoterapias – Abordagens Actuais*. 2 Edição. Porto Alegre: Artmed.

Costa, J. M. A. (1994). *A realidade construída*. In J. Gameiro et cols., Quem sai aos seus.... Porto: Editora Afrontamento, 89-122.

Cottraux, J. & Matos, G. M. (2007). *Modelo europeu de formação e supervisão em Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) para profissionais de saúde mental*. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 3 (1), 54-72. Acedido a 15 de Dezembro de 2008 em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rbtc/v3n1/v3n1a06.pdf>.

Cunha, M. (1996). *A visão de si mesmo e dos outros na Ansiedade Social*. Tese de Mestrado, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 50-51.

Dias, C. A. (1983). *Espaço e relação terapêutica*. Coimbra: Coimbra Editora, Limitada, 52-58.

Elvins, R. & Green, J. (2008). *The conceptualization and measure of therapeutic alliance: An empirical review*. Clinical Psychology Review, 28, 1167-1187.

Falcone, E. M. O.; Gil, D. B. & Ferreira, M. C. (2007). *Um estudo comparativo da frequência de verbalização empática entre psicoterapeutas de diferentes abordagens teóricas*. Campinas: Estudos de Psicologia, 24 (4), 451-461. Acedido a 22 de Outubro de 2008 em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n4/v24n4a05.pdf>.

Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*. 4ª. Edição. Porto Alegre: Artmed.

Garfield, R. (2004). *The therapeutic Alliance in Couples Therapy: Clinical Considerations*. Family Process, 43 (4), 457-465.

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. 1ª. Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 78-80.

Hatcher, R. L. & Gillaspay, J. A. (2006). *Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory*. *Psychotherapy Research*, 16 (1), 12-25. Acedido a 19 de Fevereiro de 2009 [http://pdfserve.informaworld.com/310931\\_\\_727778238.pdf](http://pdfserve.informaworld.com/310931__727778238.pdf).

Johnson, L. N.; Wright, D. W.; Ketring, S. A. (2002). *The therapeutic alliance in home-based family therapy: is it predictive of outcome?* *Journal of Marital and Family Therapy*, 28 (1), 93-102.

Johnson, L. N.; Ketring, S. A. (2006). *The therapy alliance: a moderator in therapy outcome for families dealing with child abuse and neglect*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32 (3), 345-354.

Jung, S. I.; Fillippon, A. P. M.; Nunes, M. L. T.; Eizirik, C. L. (2006). *Artigo de revisão – História recente e perspectivas actuais da pesquisa de resultados em psicoterapia de longa duração*. *Revista de Psiquiatria*, 28 (3), 298-312. Acedido a 7 de Março de 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n3/v28n3a09.pdf>.

Knobloch-Fedders, L. M.; Pinsof, W. M. & Mann, B. J. (2004). *The Formation of the Therapeutic Alliance in Couple Therapy*. *Family Process*, 43 (4), 425-442.

Leal, I. P. (2004). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 93-102.

Leal, I. P. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século-Edições, 242-245.

Machado, P. P. P. & Horvath, A. (1999). *Inventário da Aliança Terapêutica – W. A. I*. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2). Braga: Apport/Sho, 87-94.

Magalhães, S. A. A. S. P. A. M. (1999). *Sistema psicoterapêutico, processos narrativos e Psicoterapia*. Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 23-119.

Marcolino, J. A. M. & Iacoponi, E. (2001). *Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia na versão do paciente*. São Paulo: Revista

Brasileira de Psiquiatria, 23 (2), 84-95. Acedido a 18 de Novembro de 2008 em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n2/5582.pdf>.

Messias, J. C. C. (2002). *Sobre a expressividade do terapeuta (ou da busca pelo abracadabra psicológico)*. Revista das Faculdades de Educação, Ciências e Letras e Psicologia Padre Anchieta, nº 7, 95-100. Acedido a 9 de Novembro de 2008 em <http://www.anchieta.br/unianchieta/revistas/argumento/pdf/argumento07.pdf>.

Neto, O. D. & Féres-Carneiro, T. (2005). *Eficácia psicoterapêutica: terapia de família e o efeito “Dodô”*. Estudos de Psicologia, 10 (3), 355-361. Acedido a 10 de Janeiro de 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v10n3/a03v10n3.pdf>.

Paixão, R. (2005). *“Avaliação das Psicoterapias: estado do problema”*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Acedido a 9 de Fevereiro de 2009 em [www.fpce.uc.pt/pessoais/rpaixao/conf.doc](http://www.fpce.uc.pt/pessoais/rpaixao/conf.doc).

Paixão, R. & Nunes, J. (2008). *Adaptação Portuguesa da Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia (versão do paciente)*. Revista Toxicodependências, 14 (2), 75-78. Acedido a 8 de Fevereiro de 2009 em [http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2008/2/art07\\_vol14\\_N2.pdf](http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2008/2/art07_vol14_N2.pdf).

Pereira, A. (2006). *SPSS – Guia prático de utilização – Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. (6.ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pereira, T.; Lock, J.; Oggins, J. (2006). *Role of Therapeutic Alliance in Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa*. International Journal of Eating Disorders, pp. 1-8.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. (4.ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Portela, C.; Almeida, D.; Seabra, J.; Nunes, P. (2008). *Relação terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais*. Trabalho de Licenciatura, apresentado à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 1-32. Acedido a 14 de Outubro de 2008 em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0112.pdf>.

Prado, O. Z. & Meyer, S. B. (2004). *Relação terapêutica: a perspectiva comportamental, evidências e o inventário de aliança de trabalho (WAI)*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 6 (2). Acedido a 26 de Junho

de 2008 em [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151755452004000200006&lng=pt&nr=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151755452004000200006&lng=pt&nr=iso).

Prado, O. Z. & Meyer, S. B. (2006). *Avaliação da Relação Terapêutica na Terapia Assíncrona Via Internet*. Psicologia em Estudo, Maringá, 2 (2), 247-257. Acedido a 11 de Novembro de 2008 em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a02.pdf>.

Ramos, M. A. F. (2008). *Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Working Alliance Inventory – Short Revised*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica, apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Acedido a 15 de Maio de 2009 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8895/1/tese%20final.pdf>.

Relvas, A. P. (2000). *Por detrás do Espelho. Da Teoria à Terapia com a Família*. Coimbra: Quarteto.

Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance – A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press, 1-15.

Sand, A. B. (2005). *Relação terapeuta x cliente/paciente - Singularidades e Trocas*. Artigo do 2.º Ano do Curso de Formação em Terapia Sistémica. Movimento – Instituto de Formação Sistémica de Florianópolis. Acedido a 10 de janeiro de 2009 em [www.sistemica.com.br/docs/artigo\\_angela.doc](http://www.sistemica.com.br/docs/artigo_angela.doc).

Soares, M. L. P. (2007). *Parar, pensar e avaliar a psicoterapia – contribuições da investigação de díades de terapeutas e clientes portugueses*. Tese de Doutoramento apresentada à Universitat Ramon Llull, Barcelona. Acedido a 21 de Abril de 2009 em [http://www.tesisenxarxa.net/TESIS\\_URL/AVAILABLE/TDX-1115107-160154/TESE\\_DE\\_DOUTORAMENTO.pdf](http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_URL/AVAILABLE/TDX-1115107-160154/TESE_DE_DOUTORAMENTO.pdf)

Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: Contexto, questões e controvérsias. *Análise Psicológica*, 3 (XXIV), 373-382. Acedido a 3 de Março de 2009 em [www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n3/v24n3a11.pdf](http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n3/v24n3a11.pdf)

Sprenkle, D. H. & Blow, A. J. (2004). *Common factors and our sacred models*. Journal of Marital and Family Therapy, 30 (2), 113-129.

Symonds, D. & Horvath, A. O. (2004). *Optimizing the Alliance in Couple Therapy*. Family Process, 43 (4), 443- 445.

Tassinari, M. A. (1999). *Plantão psicológico centrado na pessoa como promoção de saúde no contexto escolar*. Tese de Mestrado em Psicologia apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 11-47. Acedido a 23 de Novembro de 2008 em

Veríssimo, A. C. F. S. (2007). *A importância da Aliança terapêutica no acompanhamento psicológico de adolescentes com patologias limite*. Dissertação de Mestrado em Aconselhamento Dinâmico, apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra, 54-58.





## **Anexo 1**

**Questionários a ser preenchidos pelo Cliente**

No âmbito de um trabalho de fim de curso, pedimos a sua colaboração para o preenchimento dos seguintes questionários. Neste sentido, e agradecendo desde já a sua colaboração, pedimos-lhe que responda com a maior honestidade possível.

O primeiro questionário visa obter alguns dados pessoais de grande importância relativos à sua identificação. Contudo, não envolvem o fornecimento de informações que impliquem a sua identificação directa (como por exemplo, o nome), mas apenas dados de identificação indirecta (o sexo, a data de nascimento e o estado civil). De qualquer modo, os dados assim obtidos serão usados apenas para os fins específicos desta investigação, garantindo-se desde já o anonimato absoluto através da codificação de cada um dos protocolos. Asseguramos, desde já, que o(a) seu (sua) terapeuta não fará parte da investigação e não estará relacionado (a) com qualquer aspecto ligado à mesma.

O segundo questionário corresponde ao *Inventário de Aliança Terapêutica – versão do cliente*.

No final de preencher o questionário, coloque-o novamente dentro do envelope, fechando-o.

Obrigada pela sua colaboração.

## QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

(a preencher pelo cliente)

**Sexo:** F\_\_\_\_ M\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

### **Estado civil:**

Solteiro \_\_\_\_\_

Casado \_\_\_\_\_

Divorciado \_\_\_\_\_

Viúvo \_\_\_\_\_

### **Habilitações literárias:**

1º Ciclo do ensino básico \_\_\_\_\_

Bacharelato \_\_\_\_\_

2º Ciclo do ensino básico \_\_\_\_\_

Licenciatura \_\_\_\_\_

3º Ciclo do ensino básico \_\_\_\_\_

Mestrado \_\_\_\_\_

### **Actividade Académica/Profissional:**

#### **Estudante**

Ano: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

#### **Profissional**

Empregado \_\_\_\_\_

Desempregado \_\_\_\_\_

Sem qualquer actividade \_\_\_\_\_

Actividade profissional: \_\_\_\_\_

# Inventário de Aliança Terapêutica

Versão C

## Instruções

Nas páginas seguintes encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir acerca do seu terapeuta.

Por baixo de cada afirmação existe uma escala de sete pontos:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

Se a afirmação descrever o modo como se sente (ou pensa) **sempre** faça um círculo no número 7; se **nunca** se aplica a si faça um círculo no número 1.

Use os outros números para descrever variações entre estes dois extremos.

Este questionário é CONFIDENCIAL

Responda depressa, as suas primeiras impressões são as mais importantes.  
(POR FAVOR NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER A **TODOS** OS ITENS.)

Obrigado pela sua colaboração.

© A. O. Horvath, 1981, 1984.  
Versão Portuguesa: Paulo P. P. Machado

1. Sinto-me desconfortável com o/a meu/minha terapeuta .	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
2. O/a meu/minha terapeuta e eu estamos de acordo acerca das coisas que eu preciso de fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
3. Estou preocupado/a com o resultado destas sessões.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
4. O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
5. O/a meu/minha terapeuta compreendem-nos mutuamente.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
6. O/a meu/minha terapeuta percebe, com clareza, quais são os meus objectivos.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
7. Acho confuso o que estou a fazer em terapia.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
8. Acho que o/a meu/minha terapeuta gosta de mim.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
9. Gostava que o/a meu/minha terapeuta e eu pudéssemos clarificar a finalidade das nossas sessões.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
10. Eu discordo com o/a meu/minha terapeuta acerca do que eu deveria obter da terapia	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
11. Acredito que o tempo que passo com o/a meu/minha terapeuta não é despendido de um modo eficaz.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre

WAI(C) p. 2

12. O/a meu/minha terapeuta não percebe aquilo que eu tento conseguir com a terapia.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
13. É para mim claro quais as minhas responsabilidades na terapia	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
14. Os objectivos destas sessões são importantes para mim .	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
15. Acho que o que eu e o/a meu/minha terapeuta fazemos em terapia não está relacionado com as minhas preocupações.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
16. Sinto que aquilo que faço em terapia me ajudará a atingir as mudanças que quero.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
17. Acredito que o/a meu/minha terapeuta está genuinamente preocupado com o meu bem-estar.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
18. É claro para mim o que o/a meu/minha terapeuta quer que eu faça nestas sessões.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
19. O/a meu/minha terapeuta e eu respeitamo-nos mutuamente.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
20. Sinto que o/a meu/minha terapeuta não é totalmente honesto acerca daquilo que sente em relação a mim	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
21. Tenho confiança na capacidade de o/a meu/minha terapeuta para me ajudar	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
22. O/a meu/minha terapeuta e eu trabalhamos para objectivos que foram mutuamente acordados.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre

WAI(C) p. 3

23. Sinto que o/a meu/minha terapeuta me aprecia.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
24. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante eu trabalhar.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
25. Como resultado destas sessões torna-se para mim mais claro como será possível eu mudar .	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
26. O/a meu/minha terapeuta e eu confiamos um no outro.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
27. O/a meu/minha terapeuta e eu temos ideias diferentes acerca de quais são os meus problemas.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
28. A minha relação com o/a meu/minha terapeuta é muito importante para mim.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
29. Sinto que se disser ou fizer algo errado, o/a meu/minha terapeuta deixará de trabalhar comigo.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
30. O/a meu/minha terapeuta e eu colaboramos na definição dos objectivos da minha terapia.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
31. Estou frustrado pelas coisas que faço em terapia	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
32. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
33. As coisas que o/a meu/minha terapeuta me pede para fazer não fazem sentido.	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Por vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre

WAI(C) p. 4

34. Não sei o que esperar como resultado da minha terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

35. Acredito que o modo como estamos a trabalhar com o meu problema é correcto.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

36. Sinto que o/a meu/minha terapeuta se preocupa comigo mesmo quando eu faço coisas que não aprova.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

Cliente # \_\_\_\_\_  
 Terapeuta: \_\_\_\_\_  
 Sessão: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_

WAI/C) p. 5

## **Anexo 2**

**Pedido de Consentimento Informado aos participantes do estudo**

## **Pedido de Consentimento Informado aos Participantes do Estudo**

O estudo “Relação Terapêutica e Aliança Terapêutica no Modelo Psicodinâmico, no Modelo Cognitivo-Comportamental e no Modelo Sistémico” insere-se no Programa de Mestrado em Psicoterapia e Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga, sob supervisão científica da Mestre Joana Sequeira.

Estamos a pedir-lhe para participar voluntariamente neste estudo. Todavia, tem a opção de não participar, ou a possibilidade de interromper a sua participação caso se sinta desconfortável relativamente a algum aspecto da sua participação nesta investigação.

Outro aspecto que é importante salientar é que a participação neste estudo não interfere com a sua intervenção psicoterapêutica.

É objectivo deste estudo verificar de que forma é que a Relação Terapêutica se processa face aos diferentes modelos, segundo a perspectiva do paciente/cliente e, qual o seu contributo para as diferentes intervenções.

A colaboração neste estudo implica a sua participação na recolha de dados, sendo utilizado o mesmo questionário junto de todos os participantes.

Após ter lido e assinado o seu consentimento informado, devolvendo-o juntamente com o questionário a si destinado e já devidamente preenchido, fica finalizada a sua participação.

A sua participação é da maior importância para o sucesso deste projecto de investigação, cujo objectivo é aprofundar o conhecimento sobre a Relação/Aliança Terapêutica nos diferentes modelos de intervenção psicoterapêutica.

Chamamos, enfim, a sua atenção para o facto da sua participação neste estudo ser de carácter confidencial, sendo, ainda assegurado o total anonimato dos participantes, e dada a garantia de que os dados recolhidos serão apenas utilizados para esta investigação.

Coimbra, Janeiro de 2009



### **Assinatura do Consentimento Informado**

Caso participe neste estudo, necessitamos que assine a sua autorização.

Todos os dados fornecidos serão confidenciais, destinando-se apenas a tratamento estatístico global.

Obrigado pela sua colaboração.

---

Eu, \_\_\_\_\_ Participo ☐ / Não Participo ☐  
neste estudo, que tem como objectivo aprofundar conhecimento sobre a Relação/Aliança  
Terapêutica nos diferentes modelos de intervenção psicoterapêutica.

---

Assinatura

## **Anexo 3**

**Questionário a ser preenchido pelo Terapeuta**

## QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

(a preencher pelo terapeuta)

**Sexo:** F\_\_\_\_ M\_\_\_\_

### Dados referentes à Terapia

Modelo terapêutico: \_\_\_\_\_

Tipo de terapia: \_\_\_\_\_

Motivo da terapia: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo está em terapia: \_\_\_\_\_

Fase do processo terapêutico (início, meio, fim ou follow-up): \_\_\_\_\_

Com que frequência tem sessões de psicoterapia:

1 vez por semana \_\_\_\_\_

De 15 em 15 dias \_\_\_\_\_

1 vez por mês \_\_\_\_\_

Outra \_\_\_\_\_

Considera o caso de sucesso, insucesso ou não avaliável até ao momento:

\_\_\_\_\_

Opinião acerca da relação terapêutica:

Insatisfatória \_\_\_\_\_

Razoável \_\_\_\_\_

Satisfatória \_\_\_\_\_

## **Anexo 4**

**Autorização concedida pelo Centro Hospitalar de Coimbra**

Exma. Senhora  
Dra. Elisabete da Silva Lopes  
Av. Afonso Henriques, n.º 99 – 2.º  
3000 Coimbra

V/Ref.

Sua comunicação de

Data:  
10-03-2009

Nossa Referência  
386/Sec.

**Assunto: PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO – “A RELAÇÃO TERAPÉUTICA NO MODELO PSICODINÂMICO,  
NO MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E NO MODELO SISTÉMICO”**

Cumpre-nos informar de que o pedido de V. Exa. para a recolha de dados do projecto de investigação, acima identificado, e após análise da minuta de consentimento informado, foi autorizado, depois de auscultada a Comissão de Ética do CHC, E.P.E..

Com os melhores cumprimentos,

SERVIÇOS CENTRAIS  
DO CENTRO HOSPITALAR  
DE COIMBRA

Quinta dos Irmãos  
S. Martinho do Bispo  
3041-653 COIMBRA  
Tel. 239 600 100  
Fax. 239 642 620

HOSPITAL GERAL DA C.  
PORTUGUESA DO BRASIL

Quinta dos Irmãos  
S. Martinho do Bispo  
3041-653 COIMBRA  
Tel. 239 600 100

HOSPITAL PSICATRICÓ  
DE COIMBRA

Avenida Bissaya Barreto  
3000-016 COIMBRA  
Tel. 239 480 300


MATERNIDADE  
BESSAYA BARRETO

Rua Aspinha  
3000-061 COIMBRA  
Tel. 239 480 400

APARTADO 7005  
3041-653 COIMBRA

www.chc.mh-saude.pt

O Presidente do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.

  
(Dr. Rui de Melo Pató)

RP/AC

E-mail: [secc-ca@chc.mh-saude.pt](mailto:secc-ca@chc.mh-saude.pt)